



Propiedad Intelectual Nº 187332

BOLETIN OFICIAL

Provincia de La Pampa

REPUBLICA ARGENTINA

Gobernador: Ing. Carlos Alberto **VERNA**
Vice-Gobernador:..... Prof. Norma Haydee **DURANGO**
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad:Dr. Juan Carlos **TIERNO**
Ministro de Bienestar Social:Dr. Rodolfo Mauricio **GAZIA**
Ministro de Cultura y Educación:.....Prof. María de los Angeles **ZAMORA**
Ministro de la Producción:Dr. Ricardo Horacio **MORALEJO**
Ministro de Hacienda y Finanzas:..... C.P.N.Ernesto Osvaldo **FRANCO**
Ministro de Obras y Servicios Públicos.....Ing. Julio Néstor **BARGERO**
Secretario General de la Gobernación:..... Ing. Juan Ramón **GARAY**
Secretario de Asuntos Municipales..... Sr. Rodolfo **CALVO**
Secretario Recursos Hídricos..... Sr. Juan Pablo **MORISOLI**
Asesor Letrado de Gobierno: Dr. Raúl Omar Osvaldo **ARAGONES**
Fiscal de Estado:Dr. José Alejandro **VANINI**

Dirección : Sarmiento Nº 335
AÑO LII - Nº 2662

Telefax 02954- 436323

www.lapampa.gov.ar

SANTA ROSA, 16 de Diciembre de 2005.-

SEPARATA

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCION GENERAL Nº 252/05

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCION GENERAL N° 252/05

Expedientes n° 53325-0/04 Cuerpo 3

SANTA ROSA, 13-DIC-05

VISTO:

La culminación de las tareas de revisión y reformulación del modelo prestacional de cobertura en medicamentos en pacientes ambulatorios, ordenado oportunamente por este Directorio del Instituto de Seguridad Social, con el objetivo de mejorar y garantizar el acceso de sus afiliados a medicamentos eficaces, seguros y con acreditada utilidad para la solución de sus problemas de salud en los distintos niveles de atención de modo integral: prevención, promoción, asistencia y rehabilitación; y

CONSIDERANDO:

Que consecuentemente se ha actualizado el Formulario Terapéutico vigente, desarrollándolo con estricto carácter sanitario y sustentado en la mejor evidencia científica que respalda la utilidad terapéutica y seguridad de cada fármaco incluido;

Que se incluyen en él las monodrogas y asociaciones útiles de alto valor terapéutico, alternativas para situaciones particulares y las de recomendación de uso normatizado, que resolverán aproximadamente el 90% de las opciones prescriptivas;

Que se han propuesto planes que contemplan distintas patologías y situaciones que por su complejidad ameritan su tratamiento especial;

Que se modifica asimismo el sistema de valoración de cada medicamento, optándose por el reconocimiento por monto fijo, que fijará periódicamente el SEMPRES;

Que estas innovaciones obligan a practicar cambios sustanciales en las pautas que deberán observar prestadores, afiliados y la misma Obra Social, respecto de las vigentes contenidas en el Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias;

Que hasta tanto se produzca el necesario empalme entre un modelo prestacional que finaliza y el nuevo que ponemos en vigencia resulta conveniente postergar la obligada reforma de la norma citada, fijando un período de transición razonable para ello;

Que se ha entendido como más apto suspender la vigencia del Nomenclador SEMPRES aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias en todo aquello que se oponga a los contenidos y pautas establecidos en los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias y sus Actas Complementarias para Bonos Consulta, Recetas y Prestaciones Farmacéuticas de Internación, suscriptos por la Presidencia del ISS con los prestadores farmacéuticos;

Que dichos convenios deben ser aprobados por este Directorio, al incorporar medidas de competencia indelegable como lo es la de "...fijar los porcentajes, el alcance y la modalidad de la cobertura prestacional ..." (artículo 10° inciso i) de la NJF 1170 (t.o. 2000);

Que han intervenido Asesoría Letrada y Auditoría Interna, no teniendo objeciones que realizar;

POR ELLO y en uso de las facultades otorgadas por los artículos 10° inciso i) y 119° de la Norma Jurídica de Facto n° 1170 (t.o. 2000):

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIALDE LA PROVINCIA DE LA PAMPA
R E S U E L V E :

ARTICULO 1°.- Apruébanse los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias y sus Actas Complementarias para Bonos Consulta, Recetas y Prestaciones Farmacéuticas de Internación, suscriptos por la Presidencia del ISS con los prestadores farmacéuticos y cuyos modelos como Anexos I y II forman parte de la presente, debiendo adaptárseles formalmente a los sucesivos que se pacten con prestadores individuales .-

ARTICULO 2°.- Establécese a partir del 1° de Diciembre de 2005 la vigencia de las condiciones, requisitos y pautas para la cobertura de medicamentos en pacientes ambulatorios establecidos en los convenios y actas referidos en el artículo 1°, debiendo la Gerencia General del Servicio Médico Previsional procurar dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de la presente finalizar las adecuaciones operativas necesarias que permitan su incorporación al Nomenclador SEMPRES.-

ARTICULO 3°.- Derógase toda norma contenida en el Nomenclador SEMPRES aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, que se oponga a las que se reconocen por la presente.-

ARTICULO 4º.- El modelo prestacional aprobado por la presente es de aplicación para todos los prestadores del SEMPRES, lo sean por convenio individual o a través de alguna Institución.-

ARTICULO 5º.-_Regístrese, publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

ANEXO I

MODELO DE CONVENIO

ISS - SEMPRES - COLEGIO/CAMARA FARMACÉUTICO DE LA PAMPA
PRESTACIONES FARMACÉUTICAS AMBULATORIAS

Entre el INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA para su SERVICIO MEDICO PREVISIONAL, en adelante ISS-SEMPRES, representado en este acto por el Presidente del Directorio Cr. Miguel Antonio TAVELLA, L.E. N° 6.658.660 por una parte; y por la otra el COLEGIO/CAMARA, asociación civil sin fines de lucro registrado con la matrícula n° ... en la Dirección General de Superintendencia de Personas Jurídicas y Registro Público de Comercio de la Provincia de La Pampa, representado en este acto por en adelante EL COLEGIO/CAMARA, celebran el presente convenio de prestación de servicios farmacéuticos, sujeto a las cláusulas que a continuación se exponen y los principios que orientan la voluntad de las partes.

PRINCIPIOS GENERALES Y DEFINICIONES

Primero: Sistema de contratación: Las partes acuerdan que el presente convenio se pacta bajo el sistema denominado por prestación realizada, entendiéndose por tal aquel sistema en el cual se abona un precio cierto en dinero por el medicamento debidamente dispensado, conforme lo establecido en la ley provincial N° 2079 y demás legislación vigente en la provincia de La Pampa.

Segundo: Honorarios: Los honorarios correspondientes a los profesionales farmacéuticos se encuentran incluidos en el precio de venta al público de los medicamentos cuya dispensación, control y demás actividades y responsabilidades inherentes a su rol profesional conforme se establece en la legislación vigente; y las normas contractuales particulares emergentes del presente, por lo que se prohíbe la percepción de sobrepagos, plus, honorario ético y/o cualquier otra denominación con la que se pretenda llamarlos; salvo que se pacten de común acuerdo entre el ISS-SEMPRES y EL COLEGIO/CAMARA honorarios no previstos en el presente.

Tercero: Libre elección: El presente convenio garantiza al afiliado del ISS-SEMPRES la elección de la farmacia de su preferencia dentro de las incluidas en el padrón de prestadores, y el acceso al medicamento con cobertura ISS-SEMPRES en los términos pactados en el presente.

Cuarto: Promoción: Las partes firmantes comprometen su accionar a promover el uso racional del medicamento mediante su correcta dispensación e información al paciente.

Quinto: Asistencia Farmacéutica: Las partes acuerdan y reconocen que el objeto del presente convenio consiste en la dispensa de medicamentos para los afiliados al ISS-SEMPRES, enmarcando tal prestación en el cumplimiento de objetivos de carácter social y sanitario.

Sexto: Representatividad: El ISS-SEMPRES reconoce la legitimidad del COLEGIO/CAMARA Farmacéutico de La Pampa como entidad representativa de los profesionales farmacéuticos a ella adheridos, presentando a tal fin copia de su Estatuto y del acta de designación de autoridades.

Séptimo: Calidad prestacional: El presente convenio tiene por objetivo que el ISS-SEMPRES garantice el acceso de sus afiliados a medicamentos eficaces, seguros, con acreditada utilidad para la solución de los problemas de salud existentes en los distintos niveles de la atención de modo integral: prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de la salud; desalentando en consecuencia el uso inadecuado de los fármacos. Asimismo, el presente convenio tiene por objetivo optimizar la prestación farmacéutica ambulatoria, por lo que el ISS-SEMPRES y EL COLEGIO/CAMARA acuerdan en este acto actividades tendientes a mejorar los circuitos administrativos, la comunicación, auditoría y fiscalización de prestadores y afiliados; y toda otra actividad tendiente al cumplimiento del presente principio.

Octavo: Obligaciones: Las partes dejan perfectamente aclarado que las obligaciones y responsabilidades emergentes del presente convenio serán cumplidas y respondidas por EL ISS-SEMPRES y EL COLEGIO/CAMARA, por sí y a través de los profesionales farmacéuticos adheridos y en las farmacias habilitadas a tal fin, según corresponda.

Noveno: Información: Las partes dejan perfectamente aclarado que la información estadística que surja del presente convenio es propiedad exclusiva del ISS-SEMPRE, estando sometida la misma al secreto profesional, siendo su uso confidencial y secreto.

Décimo: Registros: El modelo de receta que integra el presente como Anexo B constituye un documento que fundamentalmente registra el acto profesional; a su vez constituye un documento que acredita la prestación del servicio comprometido y genera para el profesional farmacéutico interviniente el derecho al cobro de la misma.

Decimoprimer: Prestador: se considera prestador al profesional farmacéutico titular de la oficina de farmacia y/o director técnico de la misma debidamente autorizado por la autoridad sanitaria de aplicación y que sea firmante adherente al presente convenio. También será considerado prestador el farmacéutico auxiliar que reemplace transitoriamente a los enunciados precedentemente y con cumplimiento de los requisitos correspondientes.

Decimosegundo: Prestación Farmacéutica Ambulatoria: su ordenamiento consiste en la prestación del acto profesional farmacéutico según las normas prestacionales del presente convenio, las que se encuentran detalladas en los anexos que a continuación se expresan: Anexo A "Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 y su Anexo de Alternativas"; Anexo B "Modelo de Receta"; Anexo C "Normas Técnico Administrativas a cumplir en la Dispensación"; Anexo D "Sustancias de contraste radiológico"; Anexo E "Normas para la presentación de la facturación"; Anexo F "Formulario de adhesión"; Anexo G "Programa Informático ISS-SEMPRE"; Anexo H "Manuales de Precios: Manual Farmacéutico y Kairos"; Anexo I "Padrón de Prestadores Farmacéutico"; Anexo J "Medicamentos de planes especiales"; Anexo K "Credencial de afiliados portadores de Patologías Crónicas y Credencial de afiliados con Diabetes"; Anexo L "Material Descartable y Fórmulas Magistrales"; Anexo M "Padrón de Prestadores Médicos y Odontólogos"; Anexo N "Procedimiento de Facturación"; Anexo O "Leches enteras"; Anexo P "Vacuna antigripal: campaña anual"; Anexo Q "Patologías Crónicas y medicamentos, Diabetes y medicamentos".

Decimotercero: Contraprestación: El ISS-SEMPRE abonará, a través del COLEGIO/CAMARA, a los prestadores adheridos al sistema la parte del valor del medicamento a su cargo establecida en el presente. Para el precio del medicamento dispensado, el prestador adherido tendrá en cuenta el valor de los medicamentos, al momento de la dispensa que publican los siguientes manuales de precios: "Manual Farmacéutico", Editorial Alfabet, Bs. As. edición diaria y "Kairos", Editorial E.C. S.A., Bs. As., edición diaria.

Decimocuarto: Acceso informado: Las partes asumen la responsabilidad de hacer efectivo el derecho de información del beneficiario del ISS-SEMPRE y/o tercero responsable, hacerle conocer las opciones de cobertura del medicamento prescripto por el médico o el odontólogo, como así también de respetar su derecho personalísimo de decisión, el que quedará asentado expresamente en el formulario de receta.

Decimoquinto: Respeto de coberturas: El presente convenio prevé coberturas particulares y diferenciales establecidas por el ISS-SEMPRE, en su carácter de financiador de prestaciones de salud. El COLEGIO/CAMARA y los prestadores adheridos carecen de facultades otorgadas por el presente convenio para modificar el nivel cuantitativo o cualitativo de las coberturas pactadas.

Decimosexto: Sistema ponderado: ante la evidente distorsión y dispersión de los precios sugeridos que caracteriza al mercado para el mismo medicamento (entendido como la oferta de dos o más especialidades medicinales compuestos por el mismo principio activo, en la misma concentración o dosis por unidad, en idéntica forma farmacéutica y presentado de modo que se asegure la duración de tratamiento indicada), se instituye la cobertura por monto fijo. Esto determina que del medicamento prescripto por el médico o el odontólogo y de la selección del producto comercial que realice el afiliado o tercero responsable asesorado por el farmacéutico en la dispensa, dependerá el monto a cargo del ISS-SEMPRE y el afiliado.

El ISS-SEMPRE se compromete a difundir las coberturas establecidas para cada Plan y cada medicamento entre sus afiliados, médicos y odontólogos prescriptores. Asimismo y en consonancia con lo establecido en el principio decimocuarto, EL COLEGIO/CAMARA y los farmacéuticos prestadores comprometen en la asistencia, la difusión de las opciones para el afiliado que en cada caso correspondan.

Decimoséptimo: Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005: el ISS-SEMPRE ha desarrollado y editado un formulario terapéutico de estricto carácter sanitario y sustentado en la mejor evidencia científica que respalda la utilidad terapéutica y seguridad de cada fármaco incluido, para los problemas de salud prevalentes de sus afiliados, basado en el Formulario Terapéutico Nacional (Resolución 160/04-MSN) actualizado a la disponibilidad de especialidades medicinales publicadas en los manuales de

precios del mes de Enero de 2005. En él se incluyen las monodrogas y asociaciones útiles de alto valor terapéutico que resolverán el noventa por ciento (90%) de las opciones prescriptivas. La información de estos medicamentos esenciales está ordenada por la denominación genérica de cada fármaco, nombres comerciales de los distintos productos, concentración, forma farmacéutica, presentación y monto a cargo del ISS-SEMPRE por medicamento y por plan de cobertura.

Decimooctavo: Listado Anexo de Alternativas Terapéuticas: con el objeto adicional de garantizar el acceso a los medicamentos de alternativa a los incluidos en su formulario terapéutico, el ISS-SEMPRE ha establecido e incorporado un listado anexo constituido por medicamentos con eficacia clínica demostrada que pueden ser seleccionados ante la ineficacia, el fracaso terapéutico, la aparición de intolerancia a los medicamentos de mayor valor terapéutico incluidos en el Formulario Terapéutico ISS-SEMPRE 2005, o bien en situaciones particulares donde las características del caso resulten primera elección o única opción.

Decimonoveno: Información epidemiológica: las partes han coincidido en la necesidad de dotar a la estructura de auditoría y gestión prestacional del ISS-SEMPRE de información sistemática de la prestación farmacéutica, a través del procesamiento electrónico de la información consignada por el médico, el odontólogo y el farmacéutico en el modelo de receta incluido en el presente convenio.

Vigésimo: Antecedentes contractuales: el presente convenio sucede al suscrito por las partes el 10 de Marzo de 1986 y que reguló la prestación de servicios farmacéuticos para los afiliados del ISS-SEMPRE hasta hoy, por lo que la firma del presente representa la voluntad y decisión de las partes de continuar una relación caracterizada por el pleno respeto y debido cumplimiento de los compromisos asumidos por cada una y una excelente relación institucional.

CLAUSULAS PARTICULARES

PRIMERA: OBJETO: los farmacéuticos que adhieran al presente dispensarán medicamentos a los afiliados del ISS-SEMPRE cuando éstos lo requieran, de acuerdo a las normas prestacionales descriptas en los anexos integrantes del presente convenio, conforme la ley provincial N° 2079; la Norma Jurídica de Facto N° 1170 (t.o 2000), su Decreto Reglamentario N° 1728/91, el Nomenclador ISS-SEMPRE o las que las sucedan o reemplacen.

SEGUNDA: PADRON DE PRESTADORES: A los fines de la cláusula anterior, EL COLEGIO/CAMARA acompaña al presente un padrón de prestadores detallado en el Anexo I. En dicho padrón se incluyen los siguientes datos: nombre de la farmacia, nombre apellido y matrícula provincial del profesional farmacéutico titular y/o a cargo de su dirección técnica, domicilio, teléfono razón social, habilitación de la autoridad de contralor, inscripciones fiscales, póliza de seguro contra mala praxis: asegurador, número y vigencia.

TERCERA: ADHESION DE PRESTADORES: EL COLEGIO/CAMARA deberá presentar al ISS-SEMPRE, la adhesión y firma voluntaria y expresa de cada farmacéutico y propietario de farmacia a este convenio, instrumentada en el formulario de adhesión que como Anexo F integra el presente, el que incluye una copia íntegra de este convenio. La adhesión y firma por parte del farmacéutico del Anexo F importa la contratación con ISS-SEMPRE en los términos previstos por el Derecho Público Administrativo. EL COLEGIO/CAMARA deberá presentar con la primera facturación la adhesión de los prestadores (formulario del Anexo F debidamente completado y suscrito), como requisito para la recepción de la facturación de cada farmacia.

En el futuro, EL COLEGIO/CAMARA elevará al ISS-SEMPRE las altas de farmacias con las correspondientes adhesiones conformadas, las que comenzarán a prestar servicios a partir del día uno del mes siguiente de ingresada la solicitud en la obra social, salvo objeción formal del ISS-SEMPRE.

El prestador adherido al sistema que desee ser dado de baja, deberá comunicar tal decisión, con un mínimo de treinta (30) días de anticipación al ISS-SEMPRE a través de EL COLEGIO/CAMARA.

En los casos que la farmacia cierre definitivamente, la notificación al ISS-SEMPRE se efectuará en el momento en que el COLEGIO/CAMARA tome debido conocimiento.

Los farmacéuticos que no adhieran según las previsiones establecidas en la presente cláusula, serán excluidos del padrón de prestadores entregado por EL COLEGIO/CAMARA en este acto y que conforma el Anexo I del convenio.

CUARTA: COBERTURA: La prestación farmacéutica ambulatoria comprometida en el presente convenio, incluye los siguientes planes de cobertura:

Plan A: Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 y su anexo: comprende la dispensación de los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 con su correspondiente Anexo de Alternativas Terapéuticas (medicamentos de excepción) y que como Anexo A integra el presente convenio. Contempla la dispensa de los medicamentos de uso abierto (sin auditoria previa) y los de recomendación uso normatizado (con auditoria previa y autorización del ISS-SEMPRE para la dispensa) de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Anexo C del presente.

El ISS-SEMPRE abonará a través del COLEGIO/CAMARA a la farmacia adherida al sistema, el monto fijo establecido para las especialidades medicinales incluidas en su Formulario Terapéutico. El afiliado al ISS-SEMPRE abonará al farmacéutico la diferencia a su cargo, que surge de restar del precio de venta al público del medicamento (publicado en los manuales de precios Kairos o Manual Farmacéutico) correspondiente al momento en que se realiza la prestación, el monto a cargo del ISS-SEMPRE establecido en el Formulario Terapéutico; excepto los medicamentos publicados con cobertura ISS-SEMPRE con la sigla PE (Plan Especial) donde el afiliado no abona diferencia alguna, quedando dichos montos a cargo del ISS-SEMPRE.

Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (PVP) (100% de la receta) las farmacias adheridas realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE para el Plan A del siete por ciento (7%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

Las normas de dispensación, el modelo de receta y las normas de facturación correspondientes al Plan A, constan en los Anexos B, C y E del presente convenio.

Plan B: Planes Especiales de Cobertura: el presente plan configura un régimen especial de coberturas. Contempla la dispensa de los medicamentos con cobertura cien por ciento (100%) a cargo del ISS-SEMPRE sin pago adicional de parte del afiliado, excepto los casos en que se especifique lo contrario. El farmacéutico dispensará cualquier especialidad medicinal que se corresponda con el nombre genérico, forma farmacéutica, concentración y cantidad autorizada, de entre los obrantes en el Anexo J o los publicados en los manuales de precios según establece cada plan.

Los planes especiales de cobertura se ordenan a los efectos de su auditoria a cargo del ISS-SEMPRE y para el reconocimiento correcto y la correspondiente facturación por parte de las farmacias prestadoras como sigue:

1. Afiliados que presentan las siguientes condiciones:

Plan B1: Patologías Oncológicas y Oncohematológicas (Códigos CIE 10 correlativos desde el C 00 hasta el C 97 y desde D 37 hasta D 48) con o sin trasplante (Z 94.8).

Plan B1.1: Citostáticos, Antineoplásicos e Inmunosupresores, Antieméticos, Factores de Crecimiento Hematopoyético, incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B1.2: Todo medicamento incluido en los manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B1.3: Materiales descartables destinados a la administración de fármacos y fórmulas magistrales para el cuidado integral del paciente de entre los incluidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B2: Diabetes Mellitus (Códigos: E 10 – E 11 y hasta E 14)

Plan B2.1: Insulinas incluidas en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B2.2: Hipoglucemiantes Orales incluidos en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 con cobertura del cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B2.3: Todo medicamento publicado en los manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B2.4: Materiales descartables destinados a la administración de fármacos y fórmulas magistrales para el cuidado integral del paciente de entre los incluidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B2.5: Hipoglucemiantes Orales incluidos en el Anexo de Alternativas Terapéuticas y tiras reactivas incluidas en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005. Cobertura por monto fijo, con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B3: Insuficiencia Renal Crónica, (Código N 17 y hasta N 19) con o sin hemodiálisis (Z 99.2) y con o sin trasplante (Z 94.0)

Plan B3.1: Inmunosupresores, Factores de Crecimiento Hematopoyético incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B3.2: Todo medicamento publicado en los manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

Plan B3.3: Materiales descartables destinados a la administración de fármacos y fórmulas magistrales, destinadas al cuidado integral del paciente de entre los incluidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B4: H.I.V positivos y enfermos de SIDA (Códigos B 20 y hasta el B 24)

Plan B4.1: Antivirales de acción sistémica, Antiretrovirales e Inhibidores de proteasas, incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B4.2: Todo medicamento publicado en los Manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B4.3: Materiales descartables destinados a la administración de fármacos y fórmulas magistrales, para el cuidado integral del paciente de entre los incluidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B5: Hemofilia A y B (Códigos D 66 y D 67)

Plan B5.1: Factores de la Coagulación: Factores VII, VIII y IX incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B5.2: Todo medicamento publicado en los Manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B6: Esclerosis Múltiple. (Código G 35)

Plan B6.1: Beta Interferón recombinante y Copolímero I incluido en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B6.2: Todo medicamento publicado en los Manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B7: Hepatitis Crónica Activa. (Códigos B 18)

Plan B7.1: Interferón Alfa 2a y 2b, Peginterferón Alfa 2a y 2b, Ribavirina y Lamivudina incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B8: Afiliados con trasplante cardiaco (Z 94.1), pulmonar (Z 94.2; cardiopulmonar (Z 94.3), hepático (Z 94.4) y corneano (Z 94.7)

Plan B8.1: Inmunosupresores incluidos en el Anexo J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B8.2: Todo medicamento publicado en los manuales de precios. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B8.3: Materiales descartables destinados a la administración de fármacos y fórmulas magistrales, para el cuidado integral del paciente de entre los incluidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B9: Afiliados Ostomizados (Códigos Z 93)

Plan B9.1: Bolsas de ileostomía, urostomía y colostomía y elementos para el cuidado y recambio de las mismas, establecidos en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

2. Afiliados a los que por su condición socioeconómica y/o la relación existente entre ésta y las enfermedades que padecen, el ISS-SEMPRE decida asignar mayor cobertura

Plan B10: Afiliados que soliciten mayor cobertura: Todo medicamento publicado en los manuales de precios que el ISS-SEMPRE resuelva otorgar. Cobertura hasta el cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

3. Medicamentos utilizados para distintos problemas de salud, según el siguiente detalle

Plan B11: Medicamentos utilizados para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes. Corresponden a todas las especialidades incluidas en el ANEXO J. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B12: Productos dietéticos: Leches medicamentosas, complementos y suplementos nutricionales publicados en los manuales de precios destinados a niños y adultos con condiciones patológicas. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B13: Plan Materno Infantil:

Plan B13.1: Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico y/o en el Anexo de alternativas de uso abierto y con Auditoría Previa (AP) y autorización solo para los medicamentos incluidos en el punto 5 del Anexo C. Cobertura cien por ciento (100%).

Plan B13.2: Leches enteras incluidas en el Anexo O. Cobertura por monto fijo al valor pactado en el citado Anexo y con pago a cargo del afiliado de la diferencia.

Plan B13.3: Todo medicamento publicado en los Manuales de precios farmacéuticos. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoría Previa (AP) y autorización.

Plan B14: Campaña de vacunación antigripal anual: la/s vacuna/s antigripal/es incluida/s en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 así como las especialidades medicinales no incluidas, cuya aparición se deba a razones epidemiológicas al momento establecido por la norma de vacunación. Autorizado por

el ISS-SEMPRE será abonado según los valores pactados en el Anexo P, el que se conformará durante el mes de Febrero de cada año.

Plan B15: Sustancias de contraste radiológico: incluidos en el Anexo D. Cobertura por monto fijo a cargo del ISS-SEMPRE y la diferencia resultante con el precio de venta al público, a cargo del afiliado, con Auditoría Previa (AP) y autorización solo para los medicamentos incluidos en el punto 5 del Anexo C.

Plan B16: Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes: debidamente autorizado por el ISS-SEMPRE serán abonado según los valores pactados que se incluyen en el Anexo L. Cobertura cien por ciento (100%).

El ISS-SEMPRE abonará a través del COLEGIO/CAMARA a las farmacias adheridas al sistema por los medicamentos contemplados en los Planes B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B15, y B16, según el siguiente detalle:

- Los Planes B1.1, B3.1, B4.1, B5.1, B6.1, B7.1, B8.1, y B11, según el valor a cargo del ISS-SEMPRE publicado en el Anexo J para cada medicamento, sin cargo alguno para el afiliado.

- El Plan B2.1 Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias adheridas realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del quince por ciento (15%), la que se realizará en el campo "monto a pagar a cargo del ISS-SEMPRE" del RP correspondiente de la receta.

- Los Planes B1.2, B2.2, B2.3, B3.2, B4.2, B5.2, B6.2, B8.2, B10, B12 y B13.3, sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias adheridas realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%), la que se realizará en el campo "monto a pagar a cargo del ISS-SEMPRE" del RP correspondiente de la receta.

- El Plan B2.5, sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este Plan.

- El Plan B13.1, sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias adheridas realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%), la que se realizará en el campo "monto a pagar a cargo del ISS-SEMPRE del RP correspondiente de la receta.-

- EL Plan B15, sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público las farmacias adheridas realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE de siete por ciento (7%), la que se efectuará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE.

- Los Planes B1.3, B2.4, B3.3, B4.3, B8.3, B9.1 y B16, una suma equivalente al precio establecido por las partes y que se encuentra incluido con las especificaciones técnicas del Anexo L, sin pago adicional del afiliado.

- El Plan B13.2, el ISS-SEMPRE abonará el valor establecido en el Anexo O del presente y el afiliado la diferencia con el Precio de Venta al Público que las partes acuerdan al efecto.

Plan C: Medicamentos NO INCLUIDOS en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 y su Anexo y NO DESTINADOS a las situaciones descriptas en los planes A y B de la presente cláusula y por ende de USO EXCEPCIONAL que resulten AUTORIZADOS por la obra social.

El ISS-SEMPRE definirá en cada AUTORIZACION el PORCENTAJE de cobertura a su cargo, que se aplicará sobre el Precio de Venta al Público al momento de la dispensa, abonando el afiliado la diferencia entre el PVP y el porcentaje cubierto. En tales casos el farmacéutico dispensará cualquier especialidad medicinal que se corresponda con el nombre genérico, forma farmacéutica, concentración y cantidad autorizada por el ISS-SEMPRE.

Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) los prestadores adheridos realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE para el Plan C del siete por ciento (7%), la que se efectuará en la carátula sobre el importe a cargo del ISS-SEMPRE a pagar por este plan.

QUINTA: SISTEMA DE REQUERIMIENTO DEL SERVICIO: Los afiliados del ISS-SEMPRE podrán elegir libremente la farmacia de su preferencia entre las incluidas en el padrón de prestadores consolidado.

El afiliado portador de PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y PLANES ESPECIALES requerirá servicios mediante receta COLOR CELESTE y los afiliados que requieran MEDICAMENTOS DE USO EVENTUAL lo harán mediante receta COLOR BLANCO, según modelo previsto en el Anexo B del presente.

El recetario deberá estar conformado por un profesional prescriptor médico u odontólogo prestadores del ISS-SEMPRE, integrantes de los padrones consolidados obrantes en el Anexo M, que EL COLEGIO/CAMARA y cada uno de los farmacéuticos adheridos al sistema declara conocer; y presentado por el beneficiario o tercero interviniente en la farmacia adherida al sistema, en donde se deberá verificar la condición de afiliado del requirente del medicamento solicitando a tal fin: carné de afiliación al ISS-SEMPRE, cupón habilitante actualizado y documento de identidad.

Los afiliados portadores de PATOLOGÍAS CRÓNICAS o el tercero interviniente, en la oficina de farmacia obligatoriamente para acceder a esta cobertura, deberán exhibir, además, la Credencial que establece el anexo K del presente donde constan su identificación, la o las patologías que lo afectan y los medicamentos que reciben cobertura al setenta por ciento (70%) por monto fijo (MF) dentro del PLAN A que establece la Cláusula CUARTA.

El profesional farmacéutico será responsable por la suscripción de la conformidad del afiliado al ISS-SEMPRE o tercero de la dispensa realizada, mediante su firma en la receta.

Las Patologías Crónicas con su correspondiente codificación y los medicamentos destinados a las mismas, que deberán constar en la Credencial correspondiente, se explicitan en el Anexo Q.

Los afiliados que ingresen al Plan Materno Infantil (PMI) y que recibían prestaciones con Credencial de Patologías Crónicas con anterioridad a su ingreso, recibirán prestaciones al cien por ciento (100%) por PLAN B13, en los recetarios correspondientes a este plan. Los afiliados ingresados al PMI que presenten prescripciones de medicamentos destinados a Patologías Crónicas en el recetario del PMI, no requieren Credencial y sus prestaciones serán facturadas en el Plan B13.

Si el afiliado no pudiera concurrir a la farmacia podrá encomendar esta tarea a terceras personas responsables de recibir la dispensa, en cuyo caso el farmacéutico queda obligado a indicar en el frente de la receta los datos del afiliado y hacer constar nombre y apellido, documento de identidad y firma en el dorso de la receta de quién recibe el medicamento.

La dispensación de un medicamento prescrito por un médico u odontólogo no integrante del listado de prestadores (Anexo M), será abonada por el ISS-SEMPRE siempre y cuando el farmacéutico obtenga la autorización previa por parte del ISS-SEMPRE vía fax en cuyo caso deberá ingresar los datos en la grabación de la receta correspondiente y presentar la copia de la autorización del prestador con la receta correspondiente en el momento de la facturación. En caso que la receta lleve autorización previa del ISS-SEMPRE, no se requiere la autorización del prescriptor que no figure en el padrón

SEXTA: MEDICAMENTOS CON AUDITORIA PREVIA. PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACION DEL ISS-SEMPRE.

Las autorizaciones del ISS-SEMPRE de los medicamentos que requieren Auditoria Previa (AP) especificada en cada plan del presente convenio constarán según cada caso en la receta, en la Credencial de Patologías Crónicas, en la Credencial de afiliados con Diabetes y/o en las Autorización ad-hoc (son documentos que se adjuntarán a la receta, con un formato similar al sector "AUTORIZACIONES" ubicado en el dorso de la receta) que emita el ISS-SEMPRE; todo ello conforme los Anexos B y C; a los fines de su facturación posterior.

SEPTIMA: AUDITORIA Y FISCALIZACION: El ISS-SEMPRE efectuará las auditorias técnicas y/o administrativas que considere convenientes para la debida fiscalización de la prestación farmacéutica ambulatoria comprometida por EL COLEGIO/CAMARA y los prestadores adheridos al sistema; los que deberán al sólo requerimiento del ISS-SEMPRE exhibir la documentación pertinente del presente convenio. La negativa infundada a exhibir la documentación requerida, ya sea por EL COLEGIO/CAMARA y/o por alguno de los prestadores adheridos al sistema, importa una violación del deber de cooperación que el presente convenio impone a las partes, por lo que tal conducta habilitará la aplicación del régimen disciplinario previsto por el Decreto Reglamentario n° 1728/91.

OCTAVA: CONTRAPRESTACION: Las prestaciones que se brinden con motivo del presente convenio serán abonadas mediante el sistema de pago por prestación realizada. El ISS-SEMPRE abonará mediante el pago directo a EL COLEGIO/CAMARA el monto total a su cargo, que para cada plan de cobertura se establece en la Cláusula CUARTA.

NOVENA: PROCEDIMIENTO DE FACTURACION. Los PRESTADORES ADHERIDOS elevarán al COLEGIO/CAMARA el total de las prestaciones realizadas durante el mes inmediato anterior con la documentación e información exigida en los Anexos B, C, E y con la modalidad operativa establecida específicamente en el Anexo N.

El ISS-SEMPRE fiscalizará el cumplimiento de los aspectos formales de la presentación de la facturación y la documentación remitida por EL COLEGIO/CAMARA según las especificaciones obrantes en el Anexo N, abonando el CIENTO por ciento (100 %) de la misma dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles de que fueran presentadas. Podrá deducirse del pago el importe de las liquidaciones de las auditorías pendientes.

La falta de pago en término, total o parcial, hará incurrir al ISS-SEMPRE en mora sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna. Sin perjuicio de lo anterior, devengará un interés equivalente a la Tasa de Préstamos personales del Instituto de Seguridad Social.

DÉCIMA: NORMAS DE DISPENSACION: EL COLEGIO/CAMARA y los farmacéuticos integrantes del padrón consolidado se comprometen a realizar la prestación farmacéutica ambulatoria pactada en cada una de las sedes de las oficinas de farmacia en la cual el afiliado al ISS-SEMPRE requiera el servicio, en las condiciones establecidas en los Anexos C y para todos los planes de cobertura previstos en la Cláusula CUARTA. Los farmacéuticos adheridos al sistema otorgarán idéntico tratamiento a los afiliados al ISS-SEMPRE que al resto de sus pacientes asistidos.

DÉCIMAPRIMERA: IMPUESTOS Y TASAS: EL COLEGIO/CAMARA actuará como agente de retención e información de todo impuesto, contribución o tasa nacional, provincial o municipal creada o a crearse, que concierna a los servicios objeto del presente convenio.

DÉCIMASEGUNDA: FALTA DE PRESTACIONES: La suspensión unilateral infundada de la prestación farmacéutica ambulatoria comprometida por las farmacias integrantes del padrón consolidado y/o EL COLEGIO/CAMARA dará derecho al ISS-SEMPRE a hacer uso de la Cláusula de Resolución en forma automática (DECIMOSEXTA). Cuando la suspensión unilateral infundada sea adoptada por decisión individual de una farmacia, la resolución recaerá exclusivamente sobre ésta.

Las partes dejan aclarado que se considerara suspensión fundada de la prestación farmacéutica la falta de pago en los términos previstos en este convenio por parte del ISS-SEMPRE, respetando el procedimiento previsto en la Cláusula NOVENA. Para hacer uso de la suspensión fundada, EL COLEGIO/CAMARA deberá notificar fehacientemente con quince (15) días de anticipación al ISS-SEMPRE.

Quedan excluidas del alcance de la presente las provisiones de bajas de prestadores pautadas en la Cláusula TERCERA.

DÉCIMATERCERA: NO EXCLUSIVIDAD. El presente convenio no implica otorgar a los prestadores farmacéuticos adheridos y/o al COLEGIO/CAMARA exclusividad en la prestación de los servicios comprometidos.

DECIMACUARTA: EL COLEGIO/CAMARA y los prestadores farmacéuticos adheridos reconocen el derecho del ISS-SEMPRE para incluir o excluir prestaciones respecto de las establecidas en el presente Convenio, modificar la cobertura económica de las prestaciones a cargo del ISS-SEMPRE y los Anexos que forman parte del presente, excepto aquellos en que se encuentren valores, plazos y procedimientos convenidos y cuya modificación requiera el acuerdo de partes. Toda modificación será notificada con no menos de quince (15) días corridos de anticipación a su vigencia, en forma fehaciente al COLEGIO/CAMARA, para que este la notifique en la misma forma a los prestadores farmacéuticos adheridos.

DECIMAQUINTA: VIGENCIA. El presente convenio comenzará a regir a partir del día primero del mes de diciembre de dos mil cinco (2005) y por el término de dos (2) años a partir de la fecha establecida, renovables automáticamente y por periodos iguales.

DECIMASEXTA: RESOLUCION. Cualquiera de las partes puede resolver el presente convenio en cualquier momento de su vigencia, mediante comunicación fehaciente a la otra parte con treinta (30) días corridos de antelación sin que ello genere derecho alguno a la otra parte.

DECIMASEPTIMA: PROHIBICIONES: Son prohibiciones para el presente convenio las siguientes conductas:

a) La negativa injustificada por parte del prestador adherido al sistema a informar de las opciones de cobertura ISS-SEMPRE de cada medicamento.

El ISS-SEMPRE autoriza a seleccionar con acuerdo del beneficiario cualquiera de las especialidades medicinales de cada medicamento indistintamente, dentro de los que el ISS-SEMPRE reconoce para las coberturas de la Cláusula CUARTA. El profesional farmacéutico difundirá las opciones de cobertura que en cada caso tiene el afiliado al ISS-SEMPRE, dispensando aquellas especialidades medicinales que

disponga al momento de la dispensa en su stock o conviniendo con el afiliado su requerimiento al sistema de distribución de medicamentos que lo provee habitualmente.

b) Cualquier alteración de los parámetros requeridos por el ISS-SEMPRE para la presentación de recetas grabadas en soporte informático, y entregados al COLEGIO/CAMARA como Anexo G para ser distribuido entre los prestadores adheridos al presente convenio.

c) La dispensación discriminatoria por parte del prestador adherido al sistema de las prestaciones farmacéuticas comprometidas en el presente convenio a los afiliados al ISS-SEMPRE. Se entiende por dispensación discriminatoria la negativa infundada a prestar alguna y/o algunas de las distintas prestaciones farmacéuticas comprometidas en los distintos planes.

d) La modificación unilateral, en más únicamente (entiéndase sobre precios por sobre los pactados o los publicados por los manuales farmacéuticos tomados de referencia para los precios de los medicamentos), por parte del prestador adherido al sistema y/o EL COLEGIO/CAMARA, del valor acordado a las prestaciones farmacéuticas comprometidas en el presente convenio.

e) El pago por parte del COLEGIO/CAMARA a los prestadores adheridos al sistema una vez vencido el plazo estipulado en el presente, siempre que el ISS-SEMPRE hubiera abonado las prestaciones.

DECIMAOCTAVA: RÉGIMEN DISCIPLINARIO.

Las sanciones por inconductas a lo establecido en este convenio y/o el Decreto Reglamentario de la NJF 1170 (t.o.2000), n° 1728/91 serán aplicadas según lo establecido al efecto en la normativa citada (artículos 113º, ss y cc).

DECIMANOVENA: PRESCRIPCION. Las partes expresamente se someten a la prescripción prevista en el artículo 4032 del Código Civil.

VIGESIMA: PLAZO DE PAGOS DEL COLEGIO/CAMARA A LAS FARMACIAS.

El COLEGIO/CAMARA debe abonar a los farmacéuticos adheridos al sistema dentro de los tres (3) días hábiles de percibidos los importes correspondientes al mes que se trate.

VIGESIMAPRIMERA: CONFIDENCIALIDAD. Las partes dejan perfectamente aclarado que la información estadística emergente del presente convenio es propiedad exclusiva del ISS-SEMPRE, siendo su uso confidencial y secreto. En consecuencia EL COLEGIO/CAMARA y/o los farmacéuticos y/o el propietario de la farmacia adheridos al sistema, según correspondan, responderán por la utilización no autorizada de la información propiedad del ISS-SEMPRE. A su vez éste arbitrará los medios para que no se vulnere el secreto profesional del Farmacéutico.

VIGESIMASEGUNDA: SISTEMA INFORMATICO. El sistema informático para la GRABACIÓN DE RECETAS que el ISS-SEMPRE ha desarrollado y entrega al COLEGIO/CAMARA como Anexo G del presente, sin cargo alguno, es de su propiedad. El mismo posee los parámetros estipulados por el ISS-SEMPRE para la grabación de la información de las recetas y los datos referentes a la facturación de las mismas, que deberán presentar las farmacias y el COLEGIO/CAMARA. Sin perjuicio de ello las farmacias y el COLEGIO/CAMARA podrán utilizar su sistema de gestión y grabación de recetas debiendo aportar todos los datos que requiera el ISS-SEMPRE.

VIGESIMATERCERA: DOMICILIO LEGAL Y FUERO: A los efectos del presente las partes constituyen sus domicilios legales en Avenida Roca n° 129 el ISS-SEMPRE y Avenida Mitre 395 el COLEGIO/CAMARA, ambos de la ciudad de Santa Rosa, capital de la Provincia de La Pampa. Para cualquier conflicto que se suscitare por la interpretación y/o aplicación del presente convenio, dejan acordada la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Provincia de La Pampa, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en Santa Rosa, capital de la Provincia de La Pampa, adías del mes de noviembre de dos mil cinco.-

ANEXO A

FORMULARIO TERAPEUTICO DEL ISS-SEMPRE 2005
Y ANEXO DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

- ✓ EL ISS-SEMPRE LOS ENTREGA A EL COLEGIO/CAMARA EDICIÓN EN PAPEL y VERSION EDITADA EN SOPORTE MAGNETICO CON CODIGOS ATC.,

FE DE ERRATAS: los siguientes medicamentos se encuentran INCLUIDOS en le FTISS-SEMPRE 2005 y se OMITIERON en la edición impresa:

• AMOXICILINA

J01CA04.A – AMOXIDAL COMP REC 500mg 1ENV X 8 COMP PVP: 7, 46 MF. 4,50

J01CA04.A – AMOXIDAL COMP REC 500mg 1ENV X 16 COMP PVP: 14,57 MF. 7,50

• BETAMETASONA

H02AB01.A- CELESTONE CRONODOSE INY 3mg /ml FCO AMP X 2 ml PVP 25,83 MF: 12,00

H02AB01.A- CELESTONE CRONODOSE INY 3 mg/ml JER PRELL X 2 ml PVP: 34,90 MF: 15,50

• ALENDRONATO

M05BA04.A- REGENESIS COMP 70mg 1 ENV X 4 COMP PVP: 42,70 MF: 22,00

• TIRAS REACTIVAS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCOSURIA

V07AD97.A DIABUR TEST 5000 Tira 1 Env. x 50 tiras PVP: \$31.31 MF: 24.0

• TIRAS REACTIVAS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA

V07AD98.A ACCUTREND SENSOR GLUCOSA Tira 1 Env. X 50 tiras PVP: 91.41 MF: 72.5

V07AD98.A HAEMO GLUKOTEST EASY Tira 1 Env. X 50 tiras PVP: 83.80 MF: 72.5

V07AD98.A PRESTIGE Tira 1 Env. X 50 tiras PVP: 98.80 MF: 72.5

V07AD98.A OPTIUM Tira 1 Env. X 50 tiras PVP: 116.15 MF: 72.5

V07AD98.A OPTIUM Tira 1 Env. X 25 tiras PVP: 61.70 MF: 41.5

V07AD98.A OPTIUM Tira 1 Env. X 100 tiras PVP: 219,59 MF: 91.41

V07AD98.A BETACHEK Tira 1 Env. X 25 tiras PVP: 51.00 MF: 41.5

V07AD98.A BETACHEK Tira 1 Env. X 50 tiras PVP: 79.50 MF: 72.5

ANEXO B

MODELO DE RECETA Y SU INSTRUCTIVO

Se describen a continuación las NORMAS GENERALES para la prescripción y dispensación de la RECETA DE MEDICAMENTOS ISS-ISS-SEMPRE que deberán cumplir los PRESTADORES PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES.

A) PRESCRIPTORES MEDICOS: se establece la PAUTA TERAPEUTICA COMPLETA, para los MEDICAMENTOS INCLUIDOS en el FORMULARIO TERAPEUTICO ISS-SEMPRE 2005 y su ANEXO DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS, completando los CAMPOS DELIMITADOS para el PROFESIONAL PRESCRIPTOR en el modelo de receta obrante en el presente, atendiendo las siguientes instrucciones:

- “FECHA DE PRESCRIPCIÓN”: debe consignar el día, mes y año en que realiza la prescripción, a partir de dicha fecha la validez de la receta es de hasta quince (15) días corridos para su dispensa (se encuentra en el campo datos del prescriptor).
- “FECHA DE EMISION”: este campo indica la fecha en la que el afiliado recibió el recetario.
- “DIFERIDA”: este campo posibilita al profesional indicar con una cruz, que la fecha de prescripción establecida fue prevista con antelación. Este campo nunca debe ser llenado cuando la fecha de prescripción coincida con la consulta (se encuentra en el campo datos del prescriptor).
- “(1) DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD 1”: es el diagnóstico de certeza que presenta el paciente; ó el problema de salud (signo y/o síntoma) que motiva la prescripción. Cuando la indicación de

los medicamentos sea para el mismo diagnóstico o problema de salud, se debe REPETIR, en CADA R/P de la receta. Será optativo el modo de completar este campo, pudiendo precisar el motivo de la prescripción, como sigue: a) consignando el código de diagnóstico o problema de salud, según la Clasificación ISS-SEMPRE entregada a los profesionales (basada en la CIE X y con códigos complementarios por CIE-IX / CISAP) o b) de modo literal con letra clara.

- “(2) MEDICAMENTO (Nombre genérico)”: se debe consignar el mismo, en todos los casos por su NOMBRE GENERICO (o DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL) de modo OBLIGATORIO.

- “(3) FORMA FARMACÉUTICA”: se debe consignar preferentemente del siguiente modo: Amp (ampollas), Comp. (comprimidos), Ov. (óvulos), Tab. (tabletas), Jbe. (jarabe), Sol. (solución), Cma. (crema), Pda. (pomada), Gel, entre otros posibles.

- “(4) DOSIS/UNIDAD”: es la cantidad de principio activo que tiene cada unidad de toma, o la CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO en la especialidad (miligramos (mg) x comprimido, mg x mililitro, mg x supositorio, mg x cada 5 mililitros, Unidades Internacionales (UI) x ampolla, UI x mililitro, entre otras posibilidades).

- “(5) DOSIS DIARIA”: es la cantidad de unidades POR DIA que debe recibir o administrarse EL PACIENTE (ejemplo: 1 o 2 o 3 comp.) o dosis total por toma (ejemplo: 1000 mg). Resulta indistinto el modo de expresarlo, aunque es preferible definiendo en números absolutos la cantidad de unidades, para mejor comprensión del paciente.

“(6) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO en días”: es el período EN DIAS que el paciente debe cumplir el tratamiento según la pauta establecida en (4) y (5). Se debe expresar en valores absolutos (ejemplo: 10 o 15 o 30 DIAS). La DURACION DE TRATAMIENTO SERA DE HASTA 30 DIAS EN TODOS LOS CASOS con excepción de antibióticos y analgésicos para uso agudo. EL INTERVALO EN DIAS MENOR A TREINTA PUEDE SER CUALQUIERA. Por ejemplo: en DOSIS UNICAS marcará 1 DIA: en TRATAMIENTOS SINTOMATICOS como ejemplo FIEBRE marcará 2 o 3 DIAS. El profesional prescriptor de este modo SEGÚN EL PROBLEMA DE SALUD consignado, puede establecer cualquier duración menor a dicho tope (de hecho ésta será la situación más frecuente, por ejemplo, 5, 7, 10 14 y 21 días, para los problemas de salud agudos con tratamiento sintomático y/o curativo). Cuando el intervalo de administración sea semanal o mensual se consignara en el casillero “dosis diaria” la letra S o M.

“(7) DATOS DEL PRESCRIPTOR”: el profesional debe firmar y colocar su sello y aclarar el número de matrícula

B) PRESCRIPTORES ODONTOLOGOS: se establece la PAUTA TERAPEUTICA COMPLETA para LOS MEDICAMENTOS DE USO ODONTOLOGICO del FORMULARIO TERAPEUTICO DEL ISS-ISS-SEMPRE completando los CAMPOS DELIMITADOS para el PROFESIONAL PRESCRIPTOR en el modelo de receta, obrante en el Anexo B de la presente, atendiendo a las mismas instrucciones descriptas para los prescriptores médicos.

C) FARMACEUTICOS DISPENSADORES:

Se establece la DISPENSA DE LA PAUTA TERAPEUTICA COMPLETA para LOS MEDICAMENTOS del FORMULARIO TERAPEUTICO ISS-SEMPRE y el ANEXO DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS según reza en los CAMPOS DEBIDAMENTE CONFORMADOS por el PROFESIONAL PRESCRIPTOR en el modelo de receta, obrante en el presente Anexo B, atendiendo las siguientes instrucciones:

- Verificación afiliatoria, el farmacéutico deberá requerir al afiliado o tercero interviniente la documentación establecida por el ISS-SEMPRE para esta finalidad: carnet de afiliación, documento de identidad del afiliado, cupón habilitante y el carnet de patologías crónicas o diabetes, si correspondiera.

- Verificación de la emisión y la confección de la receta realizada por el prescriptor médico u odontólogo según las especificaciones del presente. Los datos consignados deberán estar completos y de acuerdo a dichas especificaciones. Aquí se enuncian los campos a verificar

“Fecha de Emisión”, (si procede)

“Fecha de prescripción”

“Diferida”

“(1) Diagnóstico o Problema de salud

“(2) Medicamento”

- “(3) Forma Farmacéutica”
- “(4) Dosis/Unidad”
- “(5) Cantidad de unidades o dosis/toma o administración”
- “(6) Duración del tratamiento”
- “(7) Datos del Prescriptor”
- “(8) Nombre y apellido del afiliado (si procede)”
- “(9) Número de afiliado (si procede)”
- “(10) Edad del afiliado (si procede)”
- “(11) Sexo del afiliado (si procede)”

- **Prestación Farmacéutica Ambulatoria:** el farmacéutico deberá ofrecer toda información pertinente según su incumbencia profesional para que los beneficiarios puedan elegir el producto de su conveniencia de entre los medicamentos que establece el FT ISS-SEMPRE, el anexo de alternativas o para cualquier medicamento autorizado por el ISS-SEMPRE.

El ISS-SEMPRE autoriza a seleccionar con acuerdo del beneficiario cualquiera de las especialidades medicinales de cada medicamento indistintamente, dentro de los que el ISS-SEMPRE reconoce para las coberturas de la cláusula cuarta del convenio. El profesional farmacéutico difundirá las opciones de cobertura que en cada caso tiene el afiliado al ISS-SEMPRE, dispensando aquellas especialidades medicinales que disponga al momento de la dispensa en su stock o conviniendo con el afiliado su requerimiento al sistema de distribución de medicamentos que lo provee habitualmente.

- **Dispensa de Medicamentos:** Una vez verificada la información exigida a los prescriptores, indispensable para el adecuado cumplimiento del plan terapéutico que realizará el paciente, y estando ésta debidamente conformada, el farmacéutico dispensará LA CANTIDAD DE ENVASES resultante de la CANTIDAD DE UNIDADES necesaria para cubrir de modo exacto o en más LA DURACION DE TRATAMIENTO establecida en la PRESCRIPCION, excepto que el beneficiario opte por una opción menor y según las normas de dispensación del convenio. Ejemplos indicativos: a) será considerada adecuada una dispensa de una cantidad de unidades suficiente para cuarenta (40) días si no hubiera tamaños únicos o combinados para cubrir un mes; b) se aceptaran en amoxicilina presentaciones o combinaciones de envases que alcancen veinte (20), veintiuno (21) o veinticuatro (24) unidades para cubrir una semana (7 días) a tres (3) dosis diarias y sólo se aceptarán las opciones únicas o combinadas de quince (15) o dieciséis (16) unidades para tratamientos de cinco (5) días con tres (3) dosis diarias. EL ISS-SEMPRE considerará debidamente cumplida la dispensa de una DURACION DE TRATAMIENTO prescrita para treinta (30) días con una CANTIDAD DE UNIDADES suficiente para veintiocho (28) días, con la correspondiente conformidad del afiliado.

Si el medicamento requiere auditoría previa y autorización, deberá estar consignada en el dorso de la receta o en una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE, donde constará la forma farmacéutica, concentración, presentación y CANTIDAD DE ENVASES a dispensar por lo que el farmacéutico dispensará según lo autorizado.

Para los medicamentos destinados a Patologías Crónicas incluidos en el Anexo Q el farmacéutico verificará el principio activo autorizado en la Credencial de Patologías Crónicas y dispensará según la forma farmacéutica, concentración, dosis diaria y duración de tratamiento prescrita y según las normas de dispensa incluidas en el Anexo C. Si el medicamento además requiere Auditoría Previa (AP) y autorización, deberá constar una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE.

Para los medicamentos destinados a afiliados con Diabetes (Plan B2) el farmacéutico verificará el principio activo autorizado en la Credencial de Patologías Diabéticas y dispensará según la forma farmacéutica, concentración, dosis diaria y duración de tratamiento prescrita y según las normas de dispensa incluidas en el Anexo C. Si el medicamento además requiere Auditoría Previa (AP) y autorización, deberá constar una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE.

Las recetas con la leyenda “ODONTOLOGO” en el casillero de la receta “PLAN”, sólo podrán ser prescriptas por ODONTOLOGOS. Estas recetas se facturan según corresponda en el PLAN A, en el PLAN C, en el PLAN B y cumplen en todos los casos con los mismos requisitos de auditoría previa y normas de dispensa establecidas en el presente, para los medicamentos pertinentes a su incumbencia.

Las recetas que en el casillero “PLAN” llevan la leyenda “RADIOLOGO” o “PLAN B15” definen la dispensa de medicamentos del PLAN B15 y del PLAN A los medicamentos del capítulo ENEMAS (A06AG) EXCLUSIVAMENTE.

Frente a casos donde el Farmacéutico para satisfacer la cantidad prescrita deba dispensar una combinación de envases medicinales y habiendo varias alternativas, no disponga de todas ellas, podrá dispensar con acuerdo del afiliado cualquier combinación independientemente del precio de las mismas.

La receta deberá conformarla según las siguientes instrucciones:

- Facturación: se consignarán los siguientes datos:
 - a. "Firma y datos del afiliado o tercero interviniente": la firma correspondiente al afiliado o tercero interviniente significa la conformidad a la dispensa realizada; los datos obrantes al frente de la receta (domicilio y teléfono (si procede).
 - b. "Fecha de dispensación"
 - e. "N° de Orden" de la receta en la totalidad de recetas facturadas
 - f. "Cantidad de envases" (se encuentran dos casilleros para cada Rp por si se combinan distintas presentaciones)
 - g. "Total Precio público" (cantidad de envases por precio unitario)
 - h. "Total a cargo del ISS-SEMPRE" (cantidad de envases por monto unitario cubierto por el ISS-SEMPRE)
 - i. "Total receta a PVP"
 - j. "Total receta a cargo afiliado"
 - k. "Total receta a cargo ISS-SEMPRE"
 - l. "Sello y firma del farmacéutico"
 - ll. "Matricula"
 - m. "Colocación de troqueles"
 - n. "Medicamentos no dispensado: código, cantidad no dispensada., descripción, firma afiliado o tercero interviniente"
 - o. "Fecha de entrega de la receta" (si procede, para situaciones donde se deja la receta y se dispensa a posteriori)
 - p. "Recepción del medicamento".

ANEXO C

NORMAS TECNICO-ADMINISTRATIVAS A CUMPLIR EN LA DISPENSACION

1. NORMAS GENERALES

1.1 La prescripción-dispensación deberá constar en el modelo de receta obrante en el Anexo B, y según el instructivo obrante en el mismo.

1.2 La afiliación deberá ser verificada en la Oficina Farmacéutica de acuerdo a los requerimientos de la Cláusula QUINTA y Anexo B punto C.

1.3 La receta deberá ser completada en todos sus campos, conforme a las especificaciones que figuran en el ítem 2 del presente Anexo.

1.4 La receta deberá ser dispensada dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de prescripción, pasado ese lapso, no será reconocida por el ISS-SEMPRE. Si el medicamento tiene auditoría previa la fecha de dispensa podrá ser dispensada dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de autorización.

1.5 En todos los casos la receta deberá estar firmada en conformidad por el beneficiario o tercero interviniente.

1.6 En todos los casos el farmacéutico deberá guardar el original de la receta a efectos de la facturación.

1.7 La dispensación de PLANES ESPECIALES podrá realizarse hasta dentro de setenta y dos (72) horas hábiles de recepcionada la receta, salvo que a requerimiento del afiliado acuerden un plazo distinto.

1.8 Todo error referido a la conformación de la receta, podrá ser corregido y salvado por el farmacéutico, excepto en los códigos de débitos identificados como NO REFACTURABLES en el ítem 3 del presente anexo. Los campos destinados al prescriptor sólo podrán ser salvados por éste con firma y sello en la corrección. Únicamente cuando el error sea la diferencia a cargo del beneficiario, deberá estar avalado con una nueva firma del afiliado o tercero interviniente en dicha receta.

1.9 Para el ambulatorio abierto se podrá dispensar tratamiento completo como máximo hasta treinta (30) días de duración. La cantidad de envases a dispensar seguirá las especificaciones previstas en el ítem Dispensa de Medicamentos del Anexo B.

1.10 Si el medicamento o el plan farmacéutico requiere auditoria previa, deberá constar la autorización en el dorso de la receta o en un formulario adicional, y presentarlo junto con la receta cuando se facture la misma.

2. ESPECIFICACIONES A VOLCAR EN LA RECETA

Por el Prescriptor:

1. Fecha de prescripción
2. Diferida, si corresponde
3. Diagnóstico o Problema de Salud para cada Rp
4. Medicamento
5. Forma farmacéutica
6. Concentración
7. Dosis Diaria
8. Duración tratamiento en días
9. Matrícula del médico
10. Especialidad
11. Firma del médico
12. Sello y/o aclaración de firma y matricula del médico
13. Nombre y apellido del afiliado (si procede)
14. Número de afiliado (si procede)
15. Edad del afiliado (si procede)
16. Sexo del afiliado, si corresponde

Por el beneficiario o tercero interviniente:

Datos

17. Firma afiliado o tercero interviniente y Aclaración de firma
18. Tipo y número de documento
19. Teléfono
20. Domicilio

Por el farmacéutico:

Frente de la receta

21. Número de orden
22. Código de Farmacia
23. Cantidad dispensada
24. Total precio venta público
25. Total a cargo ISS-SEMPRE
26. Total receta a PVP
27. Total receta a cargo de ISS-SEMPRE
28. Total receta a cargo del afiliado
29. Firma del farmacéutico
30. Matrícula
31. Sello de la Farmacia

Dorso de la receta

Por el Farmacéutico (si procede):

32. Medicamento no dispensado (código, cantidad, conformidad del afiliado o tercero interviniente)
33. Conformidad por la no dispensa del medicamento.

Conformidad:

Para el afiliado o tercero interviniente:

34. Entrega de la receta (sólo cuando la dispensa del medicamento no se realice en el mismo acto de entrega de la receta): fecha, firma y DNI del afiliado o tercero interviniente.
35. Recepción del medicamento: fecha, firma y DNI del afiliado o tercero interviniente, lugar de recepción.

Por el ISS-SEMPRE (si procede):

- 36. Medicamento autorizado
- 37. Forma farmacéutica
- 38. Concentración
- 39. Presentación
- 40. Cantidad de envases
- 41. Cobertura
- 42. Plan
- 43. Autorización Nro
- 44. Sello y firma
- 45. Aclaración de firma
- 46 Fecha de autorización

3. CODIGOS DE CONTROL DE LA FACTURACION

- 1101. Falta/error Fecha de prescripción
- 1102. Falta /error apellido y nombre del afiliado
- 1103. Falta /error número de afiliado
- 1104. Falta /error edad del afiliado
- 1105. Falta /error sexo afiliado
- 1106. Falta/error / vencida credencial para patologías crónicas
- 1107. Falta/error Diagnóstico o Problema de salud
- 1108. Falta/error Medicamento
- 1109. Falta/error Forma farmacéutica
- 1110. Falta/error Concentración
- 1111. Falta Dosis Diaria
- 1112. Falta Duración del tratamiento
- 1113. Falta/error Matrícula del médico
- 1114. Falta Firma del médico NO REFACTURABLE
- 1115. Falta Sello, aclaración y matrícula del médico. NO REFACTURABLE
- 1116. Falta Firma del afiliado o tercero interviniente
- 1117. Falta Tipo y número de documento del afiliado
- 1118. Falta Nro de orden
- 1119. Falta/error Fecha dispensación
- 1120. Falta Cantidad de envases dispensada
- 1121. Cálculo incorrecto del Nro de envases y presentación dispensada
- 1122. Falta/error Total precio público para cada medicamento
- 1123. Falta/error Monto total a cargo del ISS-SEMPRE para cada medicamento
- 1124. Falta/error Valoración total de la receta
- 1125. Falta/error Valoración Total a cargo del beneficiario
- 1126. Falta/error Valoración total a cargo del ISS-SEMPRE
- 1127. Falta Firma del farmacéutico
- 1128. Falta matrícula del farmacéutico
- 1129. Falta Sello de la Farmacia
- 1130. Falta Troquel del medicamento. REFACTURABLE
- 1131. Troquel no corresponde a lo dispensado o indicado NO REFACTURABLE
- 1132. Troquel deteriorado, no se visualiza denominación comercial ni número de identificación del medicamento NO REFACTURABLE
- 1133. Receta vencida NO REFACTURABLE
- 1134. Receta no corresponde a la Obra Social NO REFACTURABLE
- 1135. Receta no corresponde la cobertura facturada
- 1136. Medicamento no autorizado por el auditor
- 1137. Falta/error Cantidad de envases autorizados por el auditor
- 1138. Medicamento no contemplado.
- 1139. Fechas incorrectas
- 1140. Medicamento mal valorado
- 1141. Medicamento que no compete al profesional prescriptor (exclusivo ODONTOLOGOS). NO REFACTURABLE
- 1142. Crédito por error en suma a abonar por el ISS-SEMPRE
- 1143. Falta/error Medicamento no dispensado
- 1144. Falta /error Conformidad de la recepción del medicamento
- 1145. Falta /error Entrega de la receta
- 1200. Devolución total por carátula incompleta o errónea
- 1300. Débitos varios, no contemplados y dentro de lo estipulado en las normas operativas del presente convenio

4. NORMAS DE DISPENSACION PARTICULARES

4.1 ANTIBIOTICOS

ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTEMICO de los capítulos J01, J02 y J05 del Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 del siguiente modo:

Para dichas situaciones, el ISS-SEMPRE reconocerá cualquier período o fracción en la "duración de tratamiento" de HASTA 7 (SIETE) DÍAS, por receta y por R/p.

4.2 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)

4.2.1 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO AGUDO Y/O EVENTUAL de AINES del capítulo M01A del Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 para cualquier Problema de Salud expresado como diagnóstico definido o síntoma: por Ej. fiebre, dolor lumbar, artralgia, esguince de una articulación, odontalgia, inflamación de cualquier órgano o estructura, entre otras opciones) para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA DIEZ (10) DIAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescrita.

4.2.2 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO CRONICO de AINES de cualquiera de los AINES del capítulo M01A del Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005, cuando sean prescritos para los siguientes Problemas de Salud:

Códigos correspondientes a las enfermedades crónicas del músculo esquelético y el tejido conectivo, a saber:

- M05 artritis reumatoidea (AR)
- M06 otras artritis reumatoides (ARs)
- M08 poliartritis crónica juvenil (ARJ)
- M32 lupus eritematoso sistémico
- M33 dermatopolimiositis (DM-PM)
- M34 esclerosis sistémica progresiva
- M45 espondilitis anquilosante

En todos los casos para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA TREINTA (30) DIAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescrita.

• IMPORTANTE:

a) La cobertura de PARACETAMOL N02BE en cualquier caso es de HASTA TREINTA (30) DIAS por receta y según la dosis diaria prescrita.

b) La cobertura del tratamiento antiagregante con ÁCIDO ACETILSALICÍLICO a DOSIS BAJAS (entre 81 mg y 325mg por unidad) B01AC06 (aspirina) indicada según código 287.X2 o Profilaxis Antitrombótica o tratamiento antiagregante, puede incluir la dispensa de presentaciones de HASTA CIEN (100) COMPRIMIDOS por receta.

5 LISTADO DE LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA DEL ISS-SEMPRE

5.1 INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO POR MONTO FIJO O PLAN ESPECIAL

U A07EC02.A MESALAZINA	70 MF
U A02BC01.A OMEPRAZOL	50 MF
U A10AB01.A INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA	PE
U A10AB02.A INSULINA BOVINA ACCION RAPIDA	PE
U A10AB03.A INSULINA PORCINA ACCION RAPIDA	PE
U A10AB04.A INSULINA LISPRO	PE
U A10AC01.A INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA	PE
U A10AC02.A INSULINA BOVINA ACCION INTERMEDIA	PE
U A10AC03.A INSULINA PORCINA ACCION INTERMEDIA	PE
U A10AE01.A INSULINA HUMANA ACCION LENTA	PE

U A10AE02.A	INSULINA BOVINA ACCION LENTA	PE
U A10AE03.A	INSULINA PORCINA ACCION LENTA	PE
U A10BA02.A	METFORMINA CLORHIDRATO	PE
U A10BB01.A	GLIBENCLAMIDA	PE
U A10BB07.A	GLIPIZIDA	PE
U A11CC04.A	CALCITRIOL	PE
U B01AB05.A	ENOXAPARINA SODICA	70 MF
U C10AA01.A	SIMVASTATIN	70 MF
U C10AA03.A	PRAVASTATIN	70 MF
U C10AB04.A	GEMFIBROZIL	70 MF
U C10AC01.A	COLESTIRAMINA	70 MF
U C10AD02.A	ACIDO NICOTINICO	70 MF
U D05BA02.A	METOXSALENO	50 MF
U D05BB02.A	ACITRETINA -	50 MF
U D10AD04.A	ISOTRETINOINA	50 MF
U D10BA01.A	ISOTRETINOINA	50 MF
U G03GA01.A	GONADOTROFINA CORIONICA	50 MF
U G03GA02.A	GONADOTROFINA MENOPAUSICA HUMANA	PE
U G03XA01.A	DANAZOL de 200 mg	PE
U H01BA02.A	DESMOPRESINA	PE
U H02AB04.A	METILPREDNISONA de 40 mg	PE
U H04AA01.A	GLUCAGON	PE
U H05BA01.A	CALCITONINA (SALMON SINTETICA)	PE
U L01DA13.A	CEFTRIAXONA	50 MF
U J01XA02.A	TEICOPLANINA	PE
U J02AC01.A	FLUCONAZOL- SOLO para presentaciones MAYORES de 10 comp a cualquier concentración- de 200 mg en cualquier tamaño y todos los Jarabes-	P.E
U J02AC02.A	ITRACONAZOL – SOLO presentaciones MAYORES e IGUALES a 28 comprimidos y para los Jarabes-	50 MF/ PE
U J04AC01.A	ISONIACIDA	PE
U J04AK01.A	PIRAZINAMIDA	PE
U J04AK02.A	ETAMBUTOL	PE
U J04AM02.A	RIFAMPICINA + ISONIACIDA	PE
U J04AM02.B	RIFAMPICINA + ISONIACIDA + PIRAZINAMIDA	PE
U J05AB01.A	ACICLOVIR-SOLO para Jarabes e Inyectables	PE
U J06BB04.A	INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B	PE
U J06BB05.A	INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA	PE
U J07AG01.A	VACUNA ANTIHEMOPHILUS	50 MF
U J07BX99.A	VACUNA ANTIGRI PAL - con recomendación OMS campaña anual -	PE
U M05BA03.A	PAMIDRONATO-SOLO para INYECTABLES de 30 mg y 90 mg	PE
U M01CC01.A	PENICILAMINA	PE
U N02AA01.A	MORFINA CLORHIDRATO -	50 MF / PE
U N02AA01.B	MORFINA SULFATO -	50 /PE
U N02CC01.A	SUMATRIPTAN	50 MF
U N05AX08.A	RISPERIDONA-SOLO para SOLUCION ORAL de 100 ml-	P.E
u N07AA02.A	PIRIDOSTIGMINA	P.E
U V06CU99.A	FORM. LACTEAS PARA PREM. Y R.N.DE BAJO PESO	PE
U V06CV99.A	FORMULAS LACTEAS PARA MAYORES DE SEIS MESES	PE
U V06CW99.A	FORMULAS LACTEAS PARA LACTANTES	PE
U V06CX99.A	FORM. LACTEAS PROT. DE SOJA (SIN LACTOSA)	PE
U V06CY99.A	FORM. LACTEAS EN BASE A HIDROLIZADOS DE CASEINA (SIN LACTOSA)	PE
U V06CZ99.A	FORM. LACTEAS CASEINA (SIN LACTOSA)	PE
U V06DX98.A	SUPLEMENTO ORAL	PE
U V06DX99.A	SUPLEMENTO ENTERAL	PE
U V06DZ98.A	LIPIDOS (MCT)	PE
U V06DZ99.A	CARBOHIDRATOS	PE

U V07AD97.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA CETONURIA	70 MF
U V07AD98.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCEMIA	70 MF
U V07AD99.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCOSURIA	70 MF

6 COBERTURA SEGÚN PROBLEMA DE SALUD

Para el CLONAZEPAN se consideraran dos coberturas que se encuentran incluidas en el Formulario Terapéutico ISS-SEMPRE 2005:

6.1 CON DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD:

- G40 – EPILEPSIA
- R56 - CONVULSIONES

Se podrán dispensar con cobertura 70 %, según el monto fijo que se encuentra publicado EN EL CAPITULO N03AE01.A DEL FORMULARIO TERAPEUTICO ISS-SEMPRE 2005

6.2 CON DIAGNOSTICOS O PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS A EPILEPSIA Y CONVULSIONES (ansiedad, insomnio, entre otros)

Se podrán dispensar con cobertura 50 %, según el monto fijo que se encuentra publicado EN EL CAPITULO N05BA99.A DEL FORMULARIO TERAPEUTICO ISS-SEMPRE 2005.

Los ANTIASMÁTICOS del CAPITULO R03 se podrán dispensar SIN CREDENCIAL DE CRÓNICOS con AUTORIZACIÓN PREVIA DEL

ISS-SEMPRE cuando conste en la receta: el problema de salud

- J45X -BRONCOESPASMO
- J44.9 EPOC
- J44.9 BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA

ANEXO D

SUSTANCIAS DE CONTRASTE RADIOLOGICO

- EL ISS-SEMPRE entrega a EL COLEGIO/CAMARA, ARCHIVO INFORMÁTICO (EN EXCEL) , CON CODIGOS ATC.

SUSTANCIAS DE CONTRASTE

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX IODADOS

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX DE ALTA OSM. SOLUBLES EN AGUA Y NEFROTROPICOS

DIATRIZOATO

DIATRIZOATO DE MEGLUMINA

DENSOPAX H.S.G.

INYECTA BLE	53.2 g %	1 F.A. (SOL) x 20 ml	36,56	18,50	JUSTES A-IMAGEN	AUDITORIA
-------------	----------	----------------------	-------	-------	-----------------	-----------

DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA

TRIYOSOM 60 MG

TOMORAY 58	INYECTA BLE	64 g %	1 F.A. (SOL) x 30 ml	29,39	14,50	JUSTES A-IMAGEN	A
HYPaque 60 %	INYECTA BLE	58 g %	1 F.A. (SOL) x	47,20	20,00	VARIFAR MA	A

			50 ml					
TRIYOSOM 60 MG	INYECTA BLE	60 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	30,44	20,00	FORTBE NTON	A	
TOMORAY 65	INYECTA BLE	64 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	35,79	20,00	JUSTES A-IMAGEN	A	
HYPaque 76 %	INYECTA BLE	65 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	47,20	20,00	VARIFAR MA	A	
TOMORAY 76 C	INYECTA BLE	76 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	33,38	30,50	FORTBE NTON	A	
HYPaque 76 %	INYECTA BLE	76 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	47,20	30,50	VARIFAR MA	A	
TOMORAY 76 C	INYECTA BLE	76 g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	68,36	30,50	FORTBE NTON	A	
MD-76R	INYECTA BLE	76 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 100 ml	94,40	30,50	VARIFAR MA	A	
TRIYOSOM C	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 50 ml	42,11	20,00	MALLINC KRODT JUSTES	A	
UROGRAFINA 76 %	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 50 ml	38,14	20,00	A-IMAGEN	A	
MD-76R	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 50 ml	40,58	20,00	SCHERI NG	A	
TRIYOSOM C	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 100 m	80,71	30,50	MALLINC KRODT JUSTES	A	
UROGRAFINA 76 %	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 100 ml	76,25	30,50	A-IMAGEN	A	
TRIYOSOM GI	INYECTA BLE	66 g % (10-	1 F.A. (SOL) x 100 ml	77,93	30,50	SCHERI NG JUSTES	A	
TRIYOSOM 76 MG	INYECTA BLE	66 g % (36-	1 F.A. (SOL) x 120 ml	74,88	32,00	A-IMAGEN JUSTES	A	
	INYECTA BLE	40 g %	1 F.A. (SOL) x 25 ml	30,79	15,50	A-IMAGEN	A	
DIATRIZOATO DE SODIO								
TRIYOSOM 50 MG								
	INYECTA BLE	50 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	39,32	19,50	JUSTES A-IMAGEN	A	
IOXITALAMATO								
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA								
CONRAY 60								
CONRAY 60	INYECTA BLE	60 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	47,37	23,50	MALLINC KRODT	A	
	INYECTA BLE	60 g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	87,73	44,00	MALLINC KRODT	A	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA Y POVIDONA								
TELEBRIX HYSTERO								
	INYECTA BLE	(55.1-14) g %	1 F.A. (SOL) x 20 ml	45,86	23,00	TEMIS LOSTALO	A	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E IOXITALAMATO DE SODIO								
TELEBRIX 38 C/ACCE								
TELEBRIX 38 C/ACCE	INYECTA BLE	(51.3-25.7) g %	1 F.A. (SOL) x 20 ml	45,45	22,50	TEMIS LOSTALO	A	
	INYECTA BLE	(51.3-25.7) g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	114,64	57,50	TEMIS LOSTALO	A	
TELEBRIX CORONARIO	INYECTA BLE	(65.1-9.7) g %	1 F.A. (SOL) x	57,32	28,50	TEMIS LOSTALO	A	

	%	50 ml			O	
INYECTABLE	(65.1-9.7) g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	112,35	56,00	TEMIS LOSTALO	A

AMIDOTRIZOATO DE MEGLUMINA Y AMIDOTRIZOATO DE SODIO

AMIDOTRIZOATO DE MEGLUMINA Y AMIDOTRIZOATO DE SODIO

UROVISONA

INYECTABLE	58 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	40,41	20,00	SCHERING	A
------------	--------	----------------------	-------	-------	----------	---

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX DE BAJA OSM. SOLUBLES EN AGUA Y NEFROTROPICOS

IOXAGALATO DE MEGLUMINA E IOXAGLATO DE SODIO

IOXAGALATO DE MEGLUMINA E IOXAGLATO DE SODIO

HEXABRIX

HEXABRIX

INYECTABLE	(39.3-19.6) g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	188,01	94,00	TEMIS LOSTALO	U
INYECTABLE	(39.3-19.6) g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	366,84	183,50	TEMIS LOSTALO	U

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX NO SOLUBLES EN AGUA

ESTERES ETILICOS DE ACIDOS GRASOS IODADOS

ESTERES ETILICOS DE ACIDOS GRASOS IODADOS

LIPIODOL ULTRA FLUIDO

INYECTABLE	48 g %	1 AMPOLLA x 10 ml	82,54	41,50	TEMIS LOSTALO	A
------------	--------	-------------------	-------	-------	---------------	---

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX NO IODADOS

PRODUCTOS CON BARIO

BARIO SULFATO

BARIO SULFATO

E Z CAT

SUSPENSION	4.6 g %	1 ENVASE x 225 ml	38,98	19,50	TEMIS LOSTALO	A
SUSPENSION	66 g %	1 ENVASE x 300 ml	25,00	13,00	DENVER FARMA	A

BARIO DENVER FARMA

GASTROPAQUE F

	L V O R E C T A L P O L V O R E C T A	x 266 g		O		
BAROSPERSE RECTAL S/BALON RET	L P O L V O R E C T A	94 g %	1 ENVASE x 400 g	77,95	34,50	TEMIS LOSTAL O A
BARIOFARMA	L P O L V O R E C T A	97 g %	1 ENVASE x 454 g	80,71	34,50	MALLINC KRODT A
BARIGRAF ENEMA 570	L E N E M A	98 g %	1 ENVASE x 403 g	49,10	34,50	VARIFAR MA A
BARIGRAF ENEMA SUSPENSION	A S U S P E N S I O N	97.4 g %	1 ENVASE x 570 g	62,07	37,00	JUSTES A IMAGEN A
BARIO L.B.A. ENEMA	R E C T A L S U S P E N S I O N	55 g %	1 ENVASE x 500 ml	59,29	25,50	JUSTES A IMAGEN A
BARIO BIOCROM	R E C T A L S U S P E N S I O N	55 g %	1 ENVASE x 500 ml	45,00	25,50	BIOQUIM ICO ARG. A
GASTROPAQUE F	R E C T A L S U S P E N S I O N	65 g %	1 ENVASE x 500 ml	43,40	25,50	BIOCRO M A
BARIOFARMA	R E C T A L S U S P E N S I O N	66 g %	1 ENVASE x 500 ml	59,61	25,50	TEMIS LOSTAL O A

SCHERIBAR	T A L S U S P . R E C T A L S U S P . R E C T A L	66.7 g %	1 ENVASE x 500 ml	49,10	25,50	VARIFAR MA	A
LAXANTES							
LAXANTES							
LAXANTES DE CONTACTO							
BISACODILO							
BISACODILO							
DULCOLAX							
DULCOLAX	G R A G E A	5 mg	1 ENVASE x 10 gragea	5,90	3,00	BOEHRI NGER INGELG.	A
LAXAMIN	A G R A G E A	5 mg	1 ENVASE x 20 gragea	11,04	6,50	BOEHRI NGER INGELG.	A
LAXAMIN	C O M P R I M I D O	5 mg	1 ENVASE x 20 comp	12,74	6,50	TEMIS LOSTAL O	A
ANUMBRAL 5	C O M P R I M I D O	5 mg	1 ENVASE x 40 comp	21,32	9,00	TEMIS LOSTAL O	A
BISACODILO Y DIOCTILSULFOSUCCINATO DE SODIO	C O M P R I M I D O	5 mg	1 ENVASE x 50 comp	20,37	10,00	TEVA TUTEUR	A
NIGALAX							
	G R A G G /	(5- 133)m g+(10- 13.3) mg	1 ENVASE x 6 grag+2 sup	14,90	7,50	SANOFI SYNTHIA L	A

S
U
P
O
S**GLICOSIDOS DE SEN**

EXTRACTO FLUIDO DE FOLIOLAS DE SEN

CELER X

L
I
Q
U
I
D
O

24	1				JUSTES
mg/1	ENVASE				A
ml	x 75 ml	5,96	3,00	IMAGEN	A

ANEXO E**NORMAS GENERALES PARA LA FACTURACION****PARA LAS FARMACIAS****1. RECETAS**

- Cada farmacia presentará, con frecuencia mensual, las recetas que comprendan las dispensaciones desde el primer hasta el último día del mes. Las farmacias tendrán un plazo máximo para presentar recetas remanentes con cualquiera de las dos presentaciones siguientes a la que hubiere correspondido según la fecha de dispensación.
- Cada Farmacia presentará todas las recetas grabadas con el soporte informático de acuerdo a los parámetros requeridos entregado por el ISS-SEMPRE que conforma el anexo G.
- Las recetas de cada Farmacia estarán numeradas siguiendo el mismo orden de la grabación
- La presentación de la facturación correspondiente al mes inmediato anterior se podrá efectuar hasta el día quince de cada mes o el día hábil siguiente.

2. CARÁTULA

- Las farmacias confeccionarán una carátula por duplicado tomada del sistema informático y de acuerdo al detalle del Anexo E1.

3. PRESENTACION

- Las farmacias realizarán las presentaciones de las prestaciones en un único sobre precedido por una carátula, que se emitirá por duplicado, y que contendrá: la totalidad de las recetas, en las condiciones previstas en el punto 1. La información procedente de la grabación, podrá ser remitida al ISS-SEMPRE en un diskette individual por Farmacia o en un CD que contenga una carpeta por cada Farmacia.

PARA EL COLEGIO/CAMARA**1. RESUMEN O REMITO**

- EL COLEGIO/CAMARA, realizará las presentaciones de las prestaciones de todas las Farmacias adheridas, acompañando a la documentación de las mismas, un remito que tendrá la información consignada en el anexo E2.
- La información del remito deberá presentarse en papel, por duplicado y en soporte informático, según los campos y el formato que se adjunta en el anexo E3.

3. PRESENTACION DE LA DOCUMENTACIÓN

- EL COLEGIO/CAMARA deberá colocar los números correlativos a los sobres con las recetas de las farmacias, en el mismo orden que se presentan en el remito.

ANEXO E1

1. TOTALES GENERALES

Farmacia: número y nombre

Localidad

Período:

Cantidad Total de recetas:

Plan	Monto PVP	Monto afiliado	Monto ISS-ISS- SEMPRE	Monto final ISS- ISS-SEMPRE
A				
B				
C				
Total				

Firma y Sello del Farmacéutico

ANEXO E2

1. GENERAL CON TODAS LAS FARMACIAS

Entidad

Datos impositivos

Nro factura

Período Facturación (mes de prestación):

Farmacia Código	Farmacia Nombre	Localidad	Cantidad recetas	Monto total PVP facturado	Monto total final ISS- ISS- SEMPRE

Total

Sello de la Entidad

ANEXO E3

Campo Dato Longitud Observaciones

Campo	Dato	Longitud	Observaciones
1	Período de Facturación (mes prestación)	6	AAAAMM
2	Código de Farmacia.	6	999999
3	Razón Social	40	
4	Localidad	40	
5	Cantidad de Recetas Presentadas	6	999999
6	Monto Total PVP Facturado	10	9999999.99
7	Monto Total final a Cargo de ISS-ISS-SEMPRE	10	9999999.99

ANEXO F

FORMULARIO DE ADHESIÓN
**CONVENIO DE ASISTENCIA FARMACEUTICA AMBULATORIA
 ISS-SEMPRE**

(LOCALIDAD),dede 2005.-

Al Señor Presidente del

COLEGIO/CAMARA de Farmacéuticos de La Pampa
Don
S/D.-

De mi consideración:

Por la presente manifiesto mi adhesión voluntaria, total y expresa al convenio de prestaciones farmacéuticas ambulatorias firmado entre el ISS-SEMPRE y el COLEGIO/CAMARA de Farmacéuticos de La Pampa, del cual poseo copia que declaro haber leído, conocer y aceptar sin someter a condición alguna.

A los fines previstos en el mencionado convenio, suministro los datos que a continuación detallo, los que declaro bajo juramento ser fieles y auténticos:

DE LA FARMACIA:

- DENOMINACION:
- RAZÓN SOCIAL: (En caso de sociedad: datos de los titulares)
- CUIT:
- DOMICILIO:
- TELEFONO:
- CORREO ELECTRÓNICO:
- HABILITACION SALUD PÚBLICA: Resolución N°

DEL DIRECTOR TECNICO:

- APELLIDO Y NOMBRE
- DOCUMENTO DE IDENTIDAD n°:
- MATRICULA PROVINCIAL:
- DOMICILIO PROFESIONAL:
- TELÉFONO:
- CORREO ELECTRONICO

FIRMA Y ACLARACION
DEL DIRECTOR TECNICO

SELLO DE LA FARMACIA

DEL DIRECTOR TECNICO AUXILIAR:

- APELLIDO Y NOMBRE
- DOCUMENTO DE IDENTIDAD n°:
 - MATRICULA PROVINCIAL:
- DOMICILIO PROFESIONAL:
- TELÉFONO:
- CORREO ELECTRONICO

FIRMA Y ACLARACION
DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO G

**PROGRAMA INFORMATICO ISS-SEMPRE
PARA LA GRABACIÓN DE RECETAS**

EL ISS-SEMPRE lo entrega al COLEGIO/CAMARA en SOPORTE MAGNETICO (CD)

ANEXO H

MANUALES PRECIO FARMACEUTICOS

- Se especifican como MANUALES DE REFERENCIA para obtener los PRECIOS SUGERIDOS AL PÚBLICO en su EDICIÓN DIARIA los siguientes :

- ✓ **MANUAL FARMACÉUTICO**
- ✓ **KAIROS**

ANEXO I

PADRÓN DE PRESTADORES FARMACEUTICOS

EL COLEGIO/CAMARA entrega a el ISS-SEMPRE Padrón de Prestadores en soporte papel y magnético.-

ANEXO J

MEDICAMENTOS DE PLANES ESPECIALES

EL ISS-SEMPRE en el marco de los principios en que se basan las nuevas coberturas de prestaciones farmacéuticas para sus beneficiarios, abonará al prestador farmacéutico un monto fijo para cada una de la drogas y presentaciones que más adelante se detallan.

Dicho monto fijo se calculará, tomando como base el precio de venta al público de la presentación más barata de cada monodroga disponible en el mercado farmacéutico que compete al presente convenio; al que se le restará la bonificación acordada para los mismos.

Si el medicamento más barato publicado en los manuales de precios no se consigue se tomará como precio de referencia el siguiente en valor disponible.

Las condiciones de bonificación acordada pondrán sufrir modificaciones en función de las variaciones del mercado farmacéutico.

Cuando el COLEGIO/CAMARA alegue que el medicamento más barato no se encuentre disponible en el mercado en las condiciones aquí referidas, y solicite que se tenga en cuenta el medicamento del valor siguiente para fijar el MONTO FIJO a reconocer por el ISS-SEMPRE; este podrá verificar tal situación por ante el sistema de distribución de medicamentos para tratamientos especiales. En los casos que dicha medicación el ISS-SEMPRE la pueda adquirir por otro proveedor, tendrá el camino expedito para la consecución de tales fines cuando el valor de compra ofrecido por este otro sea menor que el propuesto por el COLEGIO/CAMARA para esa droga y presentación.

MONODROGA	PRESENTACION	PUREZA	BONIFICACION ACORDADA
ABACAIR	20mg/ml sol.oral x 240ml		30
ABACAIR	300 mg comp.rec.x 60		30
AMPRENAVIR	15 mg/ml jbe.x 240 ml		25
AMPRENAVIR	150 mg caps.x 240		25
ANASTROZOL	1 mg comp.rec.x 28		30
ANASTROZOL	1 mg comp.rec.x 30		30
ANASTROZOL	1 mg comp.rec.x 60		30
ASPARAGINASA	f.a.x 1		25
AZATIOPRINA	50 mg comp.x 25		35
AZATIOPRINA	50 mg comp.x 100		35
BICALUTAMIDA	150 mg comp.x 28		30
BICALUTAMIDA	150 mg comp.rec.x 30		30
BICALUTAMIDA	50 mg comp.x 28		30
BICALUTAMIDA	50 mg comp.rec.x 30		30
BLEOMICINA	15 mg iny.liof.f.a.x 1		35
BUSERELINE	implante bimens.+jga.x 1		25
BUSULFANO	grag.x 25		25
CAPECITABINA	500 mg comp.x 120		25
CARBOPLATINO	150 mg iny.x 1		35
CARBOPLATINO	450 mg iny.f.a.x 1		35
CARBOPLATINO	50 mg iny.f.a.x 1		35

CARMUSTINA	100 mg iny.f.a.x 1		25
CICLOFOSFAMIDA	1000 mg iny.f.a.x 1		30
CICLOFOSFAMIDA	200 mg f.a.x 5		35
CICLOFOSFAMIDA	200 mg iny.a.x 6		35
CICLOFOSFAMIDA	50 mg comp.x 30		35
CICLOSPORINA	viales x 32 unids.x0.4ml		25
CICLOSPORINA	sol.beb.x 50 ml		25
CICLOSPORINA	50 mg IV iny.a.x 10 x5ml		25
CICLOSPORINA P/MICROEMULSION	10 mg caps.x 60		25
CICLOSPORINA P/MICROEMULSION	100 mg sol.beb.x 50 ml		25
CICLOSPORINA P/MICROEMULSION	100 mg caps.x 50		25
CICLOSPORINA P/MICROEMULSION	25 mg caps.x 50		25
CICLOSPORINA P/MICROEMULSION	50 mg caps.x 50		25
CIPROTERONA	comp.x 30		35
CIPROTERONA	50 mg comp.x 50		35
CIPROTERONA	50 mg comp.x 60		35
CISPLATINO	10 mg iny.f.a.x 1		35
CISPLATINO	50 mg iny.liof.f.a.x 1		35
CISPLATINO	50 mg fco.perf.x 100 ml		35
CITARABINA	100 mg f.a.x 1		30
CITARABINA	1000 mg iny.a.x 1		30
CITARABINA	2000 mg liof.f.a.x 1		30
CITARABINA	500 mg f.a.x 1		30
CLADRIBINE	iny.a.x 1		35
CLADRIBINE	iny.a.x 7		35
CLORAMBUCILO	2 mg grag.x 25		25
CLORAMBUCILO	5 mg comp.x 25		25
COPOLIMERO-1	f.a.liof.x 28+a.dil.+kit		25
DACARBAZINA	100 mg pvo.liof.f.a.x 1		35
DACARBAZINA	200 mg iny.a.x 1		35
DACTINOMICINA	0.5 mg iny.a.x 1		25
DAUNOMICINA	20 mg f.a.x 1+a.solv.		30
DIDANOSINA	100 mg comp.x 60		35
DIDANOSINA	125 mg caps.x 30		35
DIDANOSINA	200 mg caps.x 30		35
DIDANOSINA	200 mg comp.mast.x 60		35
DIDANOSINA	Ped.2 g sol.oral x 100ml		35
DIDANOSINA	25 mg comp.mast.x 60		35
DIDANOSINA	250 mg caps.x 30		35
DIDANOSINA	400 mg caps.x 30		35
DIDANOSINA	Ped.4 g sol.oral x		35

	100ml		
DIDANOSINA	50 mg comp.mast.x 60		35
DIETILESTILBESTROL	1 mg comp.x 30		30
DOCETAXEL	20 mg f.a.x 1+disolv.x 1		30
DOCETAXEL	80 mg f.a.x 1+disolv.x 1		30
DOXORUBICINA	10 mg f.a.x 1		35
DOXORUBICINA	50 mg liof.f.a.x 1		35
EFAVIRENZ	200 mg caps.x 90		30
EFAVIRENZ	600 mg comp.x 30		30
EPIRUBICINA	10 mg f.a.x 1		35
EPIRUBICINA	150 mg iny.f.a.x 1		35
EPIRUBICINA	50 mg f.a.x 1		35
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	1000 UI f.a.x 1 x 2 ml		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	1000UI liof.f.a.+j.prell		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	2000 UI f.a.x 1 x 2 ml		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	jga.prell.x 1		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	jga.prell.x 6		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	3000UI liof.f.a.+j.prell		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	sol.iny.a.x 1 x 1 ml		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	jga.prell.x 1		30
ERITROPOYETINA RECOMB.HUMANA	jga.prell.x 6		30
ESTRAMUSTINA	140 mg caps.x 100		35
ETANERCEPT	25 mg f.a.x 4		25
ETOPOSIDO	100 mg a.x 1 x 5 ml		30
ETOPOSIDO	100 mg caps.x 10		30
ETOPOSIDO	1000 mg a.x 1		30
ETOPOSIDO	50 mg caps.x 20		30
ETOPOSIDO	500 mg a.x 1		30
FACTOR IX	1000 UI f.a.x 1		30
FACTOR IX	1200 UI f.a.x1+eq.transf		30
FACTOR IX	200 UI f.a.x 1		30
FACTOR IX	500 UI f.a.x 1		30
FACTOR IX	600 UI f.a.x 1+eq.transf		30
FACTOR IX	800 UI f.a.x 1		30
FACTOR VII	1.2 mg f.a.x 1		20
FACTOR VII	4.8 mg f.a.x 1		20
FACTOR VIII	1000 UI f.a.x 1	ALTA	30
FACTOR VIII	250 UI f.a.x 1	ALTA	30
FACTOR VIII	500 UI f.a.x 1+eq.transf	ALTA	30
FACTOR VIII	1000 UI liof.f.a.x 1	INTERM	30
FACTOR VIII	250 UI liof.f.a.x 1	INTERM	30

FACTOR VIII	500 UI liof.f.a.x 1	INTERM	30
FACTOR VIII+FACT.VON WILLEBRA	1000 UI f.a.x 1+set adm.	INTERM	30
FACTOR VIII+FACT.VON WILLEBRA	250 UI f.a.x 1+set adm.	INTERM	30
FACTOR VIII+FACT.VON WILLEBRA	500 UI f.a.x 1+set adm.	INTERM	30
FILGRASTIM	30 MUI (300 mcg) f.a.x 1		35
FILGRASTIM	300 mcg f.a.x 5		35
FILGRASTIM	30 MUI (300 mcg) f.a.x 8		35
FILGRASTIM	48 MU sol.iny.f.a.x 1		35
FILGRASTIM	48 MUI (480 mcg) f.a.x 5		35
FLUDARABINA	10 mg comp.x 15		25
FLUDARABINA	50 mg iny.f.a.x 1		25
FLUDARABINA	iny.f.a.x 5		25
FLUOROURACILO	1000 mg/20 ml f.a.x 1		30
FLUOROURACILO	250 mg/5 ml a.x 5		30
FLUOROURACILO	500 mg iny.a.x 4		30
FLUOROURACILO	500 mg iny.f.a.x 5		30
FLUTAMIDA	100 mg comp.x 60		30
FLUTAMIDA	comp.x 48		35
FLUTAMIDA	250 mg comp.x 60		35
FLUTAMIDA	comp.x 96		35
FLUTAMIDA	400 mg comp.x 60		30
GAMMAGLOBULINA (o GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE, o INMUNOGLOBULINA HUMANA)	IV SD-T 10000 iny.x200ml		30
GAMMAGLOBULINA (o GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE, o INMUNOGLOBULINA HUMANA)	IV SD-T 2500 iny.x 50 ml		30
GAMMAGLOBULINA (o GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE, o INMUNOGLOBULINA HUMANA)	500 mg iny.x 10 ml		30
GAMMAGLOBULINA (o GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE, o INMUNOGLOBULINA HUMANA)	IV SD-T 5000 iny.x 100ml		30
GAMMAGLOBULINA (o GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE, o INMUNOGLOBULINA HUMANA)	IV SD-T 7500 iny.x 150ml		30
GEMCITABINA	1 g f.a.x 1		25
GEMCITABINA	200 mg f.a.x 1		25
HIDROXIUREA	500 mg caps.x 20		40
HIDROXIUREA	500 mg caps.x 50		35
HIDROXIUREA	500 mg caps.x 100		40
IDARRUBICINA	10 mg iny.f.a.x 1+solv.		30
IDARRUBICINA	20 mg liof.f.a.x 1		30
IDARRUBICINA	25 mg caps.x 1		25
IDARRUBICINA	5 mg iny.f.a.x 1+solv.		30
IDARRUBICINA	5 mg caps.x 1		30
IFOSFAMIDA	1 g f.a.x 1		30

IFOSFAMIDA	2 g iny.f.a.x 1		30
IFOSFAMIDA	3 g iny.f.a.x 1		30
INDINAVIR	200 mg caps.x 360		35
INDINAVIR	400 mg caps.x 180		35
INFLIXIMAB	100 mg IV liof.f.a.x 1		30
INMUNOGLOBULINA ANTI-RHO	liof.f.a.+disolv.x 2 ml		20
INTERFERON ALFA 2 A	18 MUI f.a.x 1+solv.		35
INTERFERON ALFA 2 A	3 MUI liof.+a.x 1 ml		35
INTERFERON ALFA 2 A	4.5 MUI liof.+a.x 1 ml		35
INTERFERON ALFA 2 A	9 MUI jga.prell.x 1		35
INTERFERON ALFA 2 B	1000000UI liof.f.a.+dil.		35
INTERFERON ALFA 2 B	10 MUI iny.f.a.x 1		35
INTERFERON ALFA 2 B	3 MUI iny.f.a.x 1		35
INTERFERON ALFA 2 B	5 MUI iny.f.a.x 1		35
INTERFERON ALFA 2 B (PEG)	18 MUI aplic.multidos.x1		35
INTERFERON ALFA 2 B (PEG)	30 MUI aplic.multidos.x1		35
INTERFERON ALFA 2 B (PEG)	60 MUI aplic.multidos.x1		35
INTERFERON BETA 1A	IM pvo.liof.kit x 4		30
INTERFERON BETA 1A	12 MUI jga.prell.x 12		30
INTERFERON BETA 1A	6 MUI jga.prell.x 12		30
INTERFERON BETA 1B	vial x 15+jga.x15 c/dil.		25
INTERLEUKINA-2 HUMANA RECOMB.	1 mg iny.f.a.x 1		32
IRINOTECAN	100 mg iny.f.a.x 5 ml		35
LAMIVUDINA	10 mg susp.x 240 ml		35
LAMIVUDINA	150 mg comp.x 60		35
LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	comp.rec.x 60		35
LETROZOL	2.5 mg comp.rec.x 30		35
LEUCOVORINA	100 mg iny.liof.f.a.x 1		40
LEUCOVORINA	15 mg comp.x 10		40
LEUCOVORINA	15 mg comp.x 12		40
LEUCOVORINA	15 mg comp.x 20		40
LEUCOVORINA	15 mg comp.x 40		40
LEUCOVORINA	200 mg liof.f.a.x 1		30
LEUCOVORINA	25 mg liof.f.a.x 1		30
LEUCOVORINA	350 mg iny.liof.f.a.x 1		30
LEUCOVORINA	50 mg liof.f.a.x 1		40
LEUPROLIDE,ACETATO	kit x 1		30
LEUPROLIDE,ACETATO	kit x 1		30
LEUPROLIDE,ACETATO	kit x 1		35
LEUPROLIDE,ACETATO	kit x 1		30
LEUPROLIDE,ACETATO	kit x 1		35

LEUPROLIDE,ACETATO subcutanea	kit x 1		20
LEUPROLIDE,ACETATO subcutanea	kit x 1		35
LOMUSTINA	caps.x 6		25
MEDROXIPROGESTERONA	500 mg iny.f.a.x 1		30
MEDROXIPROGESTERONA	500 mg caps.x 20		35
MEGESTROL	160 mg comp.x 30		35
MEGESTROL	40 mg/ml susp.x 240 ml		35
MEGESTROL	40 mg comp.x 100		35
MELFALANO	2 mg comp.x 25		25
MERCAPTOPURINA	50 mg comp.x 25		35
MESNA	200 mg sol.iny.a.x 10		35
MESNA	200 mg a.x 15		35
MESNA	400 mg a.x 10		35
MESNA	400 mg a.x 15		35
METOTREXATO	1000 mg iny.f.a.x 1		35
METOTREXATO	50 mg iny.f.a.x 1		30
METOTREXATO	500 mg iny.f.a.x 1		30
MICOFENOLATO MOFETIL	250 mg comp.rec.x 50		25
MICOFENOLATO MOFETIL	250 mg caps.x 100		25
MICOFENOLATO MOFETIL	500 mg comp.x 50		25
MICOFENOLATO SODICO	180 mg comp.gastr.x 100		25
MICOFENOLATO SODICO	360 mg comp.gastr.x 100		25
MITOMICINA	20 mg liof.f.a.x 1		40
MITOMICINA	5 mg iny.liof.f.a.x 1		40
MITOXANTRONA	20 mg f.a.x 10 ml		35
MITOXANTRONA	25 mg f.a.x 1		30
MOLGRAMOSTIM	150 mcg f.a.liof.+a.x1ml		35
MOLGRAMOSTIM	300 mcg f.a.liof.+a.x1ml		35
MOLGRAMOSTIM	400 mcg f.a.liof.+a.x1ml		35
MYCOBACTERIUM BOVIS	f.a.x 4		25
NELFINAVIR	250 mg comp.x 270		30
NEVIRAPINA	susp.x 240 ml		30
NEVIRAPINA	200 mg comp.x 50		30
NEVIRAPINA	200 mg comp.x 60		40
NEVIRAPINA	200 mg comp.x 100		40
OCTREOTIDA	0.10 mg a.x 5 x 1 ml		25
OCTREOTIDA	1 mg fco.x 5 ml		25
OCTREOTIDA	20mg liof.+a.solv.x2+eq.		25
OCTREOTIDA	30 mg jga.prell.x 1		25
ONDANSETRON	4 mg a.x 1 x 2 ml		40
ONDANSETRON	4 mg a.x 5 x 2 ml		40

ONDANSETRON	4 mg comp.x 10		40
ONDANSETRON	8 mg a.x 1 x 4 ml		40
ONDANSETRON	8 mg a.x 5		40
ONDANSETRON	8 mg comp.x 10		40
OXALIPLATINO	100 mg liof.f.a.x 1		40
OXALIPLATINO	50 mg iny.f.a.x 1		40
PACLITAXEL	100 mg f.a.sol.x 1		40
PACLITAXEL	150 mg f.a.x 1		40
PACLITAXEL	30 mg f.a.x 1		40
PACLITAXEL	30 mg f.a.x 5 c/set inf.		40
PACLITAXEL	iny.f.a.x 10		40
PACLITAXEL	300 mg kit de perfusion		40
PAMIDRONATO DISODICO	30 mg liof.f.a.x 1		25
PAMIDRONATO DISODICO	90 mg iny.liof.f.a.x 1		25
RIBAVIRINA	200 mg caps.x 50		30
RILUZOL	50 mg comp.x 60		20
RITONAVIR	jbe.x 200 ml		20
RITONAVIR	caps.x 168		20
RITONAVIR	sol.oral x 240 ml		20
RITONAVIR+LOPINAVIR	jbe.x 160 ml		20
RITONAVIR+LOPINAVIR	caps.x 180		20
SIROLIMUS	sol.oral x 60 ml		20
SIROLIMUS	1 mg comp.x 60		20
SIROLIMUS	2 mg comp.x 30		20
SOMATOTROFINA	10 mg cart.x 1		30
SOMATOTROFINA	12UI liof.a.x1+solv.a.x1		25
SOMATOTROFINA	15 mg cart.x 1		25
SOMATOTROFINA	16 UI/5.3 mg cart.x 1		30
SOMATOTROFINA	18 UI cart.		30
SOMATOTROFINA	24UI liof.+cart.solv+kit		30
SOMATOTROFINA	36 UI cart.		30
SOMATOTROFINA	4 UI vial x 1+jga.prell. 4 UI		30
SOMATOTROFINA	liof.a.x1+solv.a.x1		30
SOMATOTROFINA	5 mg cart.x 1		30
STAVUDINA	susp.oral x 200 ml		30
STAVUDINA	15 mg comp.x 60		30
STAVUDINA	20 mg comp.x 60		35
STAVUDINA	30 mg caps.x 60		40
STAVUDINA	40 mg caps.x 60		40
SUERO ANTILINFOCITARIO	liof.f.a.+solv.x 5 ml		20
SUERO ANTITIMOCITARIO	25mg liof.f.a.+solv.x5ml		20

TACROLIMUS	0.5 mg caps.x 50		20
TACROLIMUS	1 mg caps.x 100		20
TACROLIMUS	5 mg iny.a.x 1		20
TACROLIMUS	5 mg caps.x 50		20
TAMOXIFENO	10 mg comp.x 30		30
TAMOXIFENO	20 mg comp.x 10		30
TAMOXIFENO	20 mg comp.x 30		35
TAMOXIFENO	20 mg comp.x 40		30
TEMOZOLOMIDA	100 mg caps.x 5		25
TEMOZOLOMIDA	100 mg caps.x 20		25
TEMOZOLOMIDA	20 mg caps.x 5		25
TEMOZOLOMIDA	20 mg caps.x 20		25
TEMOZOLOMIDA	250 mg caps.x 5		25
TEMOZOLOMIDA	250 mg caps.x 20		25
TIOGUANINA	comp.x 25		25
TOXINA BOTULINICA TIPO A	vial x 1		10
TOXINA BOTULINICA TIPO A	500 U vial x 1		10
TRIPTORELINA	3.75 mg Mensual kit x 1		30
VINBLASTINA	10 mg a.x 1		25
VINCRISTINA	1 mg iny.a.x 1		30
VINORELBINE	10 mg iny.a.x 1		25
VINORELBINE	50 mg iny.a.x 1		25
ZALCITABINA	0.75 mg comp.x 100		35
ZIDOVDINA	10 mg/ml jbe.x 240 ml		30
ZIDOVDINA	100 mg caps.x 50		35
ZIDOVDINA	caps.x 90		35
ZIDOVDINA	100 mg caps.x 100		35
ZIDOVDINA	200 mg iny.f.a.x 1		30
ZIDOVDINA	250 mg caps.x 60		30
ZOLEDRONICO,AC.	4 mg vial x 1+solv.		30

ANEXO K

DATOS DE LA CREDENCIAL DE AFILIADO PORTADOR DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS:

Número de afiliado
Nombre y apellido del afiliado
Diagnóstico/s
Medicamentos autorizados
Vencimiento
Firma responsable ISS-SEMPRE

DATOS DE LA CREDENCIAL DE AFILIADO DIABETICO

Número de afiliado
Nombre y apellido del afiliado
Diagnóstico
Medicamentos autorizados

Vencimiento
Firma responsable ISS-SEMPRE

ANEXO L

MATERIALES DESCARTABLES Y FORMULAS MAGISTRALES

Ambos listados se actualizarán en sus precios en forma mensual o cuando las condiciones económicas y financieras del mercado se modifiquen.

MATERIALES DESCARTABLES

DESCRIPCIÓN	PRECIO
ABBOCATH	3.00
AGUA OXIGENADA 10 VOLUMENES por 100 ml	1.30
AGUJA 20 G	0.20
AGUJA 21 G ½	0.36
AGUJA 21 G 2 50-8	0.20
AGUJA 25/8	0.20
AGUJA 30 G ½	0.20
AGUJA 38/8	0.20
AGUJA 40/8	0.20
AGUJA PARA LAPICERA/INSULINA	0.57
ALGODON x 400 g.	6.20
ALGODON x 500 g.	7.10
APOSITO 10 x 10 cm. Estéril	5.90
APOSITO 20 x 20 cm. sin esterilizar	6.30
ARO PARA BOLSA COLOSTOMIA	15.90
BARBIJO DESCARTABLE	0.25
BOLSA COLECTORA DE ORINA	13.70
BOLSA COLOSTOMIA CERRADA DE DOS PIEZAS SIN EL ARO O PLACA	11.00
BOLSA COLOSTOMIA CERRADA DE UNA PIEZA	5.00
BOLSA DESAGOTE P/CAMA	7.80
BOLSA ILEOSTOMIA DE DOS PIEZAS	6.80
BOLSA UROSTOMIA DE DOS PIEZAS	13.80
BOLSA UROSTOMIA COMPACTA	23.00
PLACA PARA BOLSA DE ILEOSTOMIA	17.20
PLACA PARA BOLSA DE UROSTOMIA	17.20
BOMBACHA P/ADULTOS	7.50
BUTTERFLY Número 19	2.50
BUTTERFLY Número 21	2.50
BUTTERFLY Número 23	2.50
BUTTERFLY Número 25	2.50
EQUIPO P/ADM. SOLUC. FOTSENS C/MACROGOTERO	3.80
EQUIPO P/ADM. SOLUC. PARENT. C/MICRO O MACROGOTERO	3.80
EQUIPO P/ADM. SOLUC. PARENTERAL	4.00
GASA 10 x 10 cm. estéril caja Número 1	1.40
GASA 10 x 10 cm. estéril caja Número 5	3.30
GASA 20 x 20 cm. estéril caja Número 1	3.30
GASA 20 x 20 cm. estéril caja Número 5	3.30
GUANTE ESTERIL Número 8 ½	1.30

GUANTE ESTERIL Número 6 ½	1.30
GUANTE ESTERIL Número 7	1.30
GUANTE ESTERIL Número 7 ½	1.30
GUANTE ESTERIL Número 8	1.30
GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX LARGE	0.35
GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX MEDIUM	0.35
GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX SMALL	0.35
HISOPO ESTERIL BRIT x unidad	0.30
HOJA DE BISTURI Número 11 x unidad	0.56
HOJA DE BISTURI Número 15 x unidad	0.56
HOJA DE BISTURI Número 24 x unidad	0.56
JERINGA DESCARTABLE 10 cc con aguja	0.90
JERINGA DESCARTABLE 10 cc sin aguja	0.81
JERINGA DESCARTABLE 2 cc con aguja	0.54
JERINGA DESCARTABLE 20 cc con aguja	1.60
JERINGA DESCARTABLE 30 cc con aguja	1.70
JERINGA DESCARTABLE 5 cc con aguja	0.62
JERINGA DESCARTABLE 5 cc sin aguja	0.44
JERINGA DESCARTABLE 50 cc con y sin aguja	3.00
JERINGA DESCARTABLE 60 cc con y sin aguja	3.10
JERINGA INSULINA 100 U c/aguja	0.68
JERINGA INSULINA 40/80 U c/aguja	0.68
JERINGA TUBERCULINA con aguja	0.60
LANCETA	0.30
MASCARA NEBULIZAR GOMA	3.40
NEBULIZADOR	125.00
NEBULIZADOR ULTRASONICO	190.00
PAÑAL ADULTO EXTRA GRANDE C/GEL x unidad	0.73
PAÑAL ADULTO GRANDE C/GEL x unidad	0.80
PAÑAL ADULTO MEDICANO C/GEL x unidad	0.80
PAÑAL BEBE CHICO C/GEL x unidad	0.59
PAÑAL BEBE EXTRA GRANDE C/GEL x unidad	1.03
PAÑAL BEBE GRANDE C/GEL x unidad	0.82
PAÑAL BEBE MEDIANO C/GEL x unidad	0.68
PAÑAL BEBE RECIEN NACIDO C/GEL x unidad	0.85
PASTA	22.00
REFLECTOMETRO P/CONTROL DE DIABETES	115.00
SONDA HEMATURIA "RUSH" de 3 Vías	56.00
SONDA NELATON Número 14	3.50
SONDA NELATON Número 16	3.50
SONDA NELATON Número 18	3.50
SONDA Número 12 "PETZZER"	4.10
SONDA Número 16 "PETZZER"	4.10
SONDA Número 20 "PETZZER"	4.10
SONDA TIPO NELATON SILICONADA	8.00
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA P/PREMAT TIPO. RIVERO K 33	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA P/PREMAT. TIPO RIVERO K 35	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA TIPO RIVERO K 30	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA TIPO RIVERO K 31	0.70
SONDA P/DRENAJE TORACICO TIPO RIVERO K 225	26.00

SONDA P/DRENAJE TORACICO TIPO RIVERO K 227	6.00
SONDA P/INTUBACION GASTRICA LEVINE TIPO RIVERO K 10	1.00
SONDA P/INTUBACION GASTRICA LEVINE TIPO RIVERO K 11	1.10
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 108	44.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 107	44.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 109	42.00
SONDA DE SILICONA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 109	92.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 107 (Pediátrica)	42.00
SONDA DE SILICONA P/NUTRICION ENTERAL RIVERO TIPO K 109 (Adultos)	92.00
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIG. PREMAT. RIVERO K 29	3.80
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIGENO RIVERO K 32	1.00
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIGENO RIVERO K 34	4.00
SONDA RECTAL TIPO RIVERO K 44	3.00
SONDA URETRAL CON PUNTA ACODADA RIVERO K 102	4.70
SONDA URETRAL CON PUNTA ACODADA RIVERO K 103	4.70
SONDA URETRAL RECTA TIPO RIVERO K 93	0.95
SONDA URETRAL RECTA TIPO RIVERO K 96	0.95
SONDA URETRAL TIPO RIVERO K 92	0.95
SONDA VESICAL FOLEY Número 10 ped. " RUSH"	12.40
SONDA VESICAL FOLEY Número 12 de 2 vías " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 14 de 2 Vías "RUSH"	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 16 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 18 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 18 de 3 Vías "RUSH"	16.00
SONDA VESICAL FOLEY Número 20 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 22 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 24 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 8 ped. " RUSH "	12.40
TAPON PARA CATETER A UG 14703 " ARROW "	7.00
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 1.25 cm x 9 m. x unidad c/rac.	2.00
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 2.5 cm x 9 m. x unidad c/rac.	3.60
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 5,08 cm x 9 m. x unidad c/rac.	7.30
TELA ADHESIVA "TRANSPORE 3M" 2.5 cm x 9 m. x unidad	4.50
TELA ADHESIVA 10 cm x unidad x 9 m	10.50
TELA ADHESIVA 7.5 cm x unidad x 9 m	7.60
VAPORIZADOR SALIV-AID x 50 ml. (saliva artificial)	16.00
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 10 cm	1.60
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 5 cm	0.95
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 7 cm	1.10

FORMULAS MAGISTRALES

ACIDO FOLICO

ACIDO FOLICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
ACIDO FOLICO	CAPSULA	2 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.50
ACIDO FOLICO	SELLO	2 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.50
ACIDO FOLICO	CAPSULA	10 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.60
ACIDO FOLICO	SELLO	10 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.60
ACIDO FOLICO	CAPSULA	15 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.70
ACIDO FOLICO	SELLO	15 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.70
ACIDO FOLICO	CAPSULA	20 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.80
ACIDO FOLICO	SELLO	20 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.80

ACIDO SALICILICO

ACIDO SALICILICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
ACIDO SALICILICO	GEL	6 g %	1 ENVASE x 100 g	14.0 0

ALCOHOL

ALCOHOL

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
ALCOHOL	SOLUCION	70%	1 ENVASE x 500 ml	7.00

ARGININA CLORHIDRATO

ARGININA CLORHIDRATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
ARGININA CLORHIDRATO	SOLUCION	10 g %	1 ENVASE x 250 ml	18.0 0

BICARBONATO DE POTASIO

BICARBONATO DE POTASIO

FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
-------	--------------	--------------	------

NOMBRE COMERCIAL

	FARMACEUTICA			SEM PRE
BICARBONATO DE POTASIO	SELLO	1 g	1 ENVASE x 1 sello	0.90

BICARBONATO SODICO

BICARBONATO SODICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
BICARBONATO SODICO	SELLO	1 g	1 ENVASE x 1 sello	0.60
BICARBONATO SODICO	POLVO	4 g	1 ENVASE x 1 sobre	1.20

BORATO DE SODIO

BORATO DE SODIO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
BORATO DE SODIO	POLVO	6 g	1 ENVASE x 1 sobre	4.00
BORATO DE SODIO	POLVO	25 g	1 ENVASE x 1 sobre	8.00

CALCIO CARBONATO

CALCIO CARBONATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	30 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	0.60
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	120 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	0.90
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	300 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	1.10
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	500 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	1.40
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	1 g	1 ENVASE x 1 caps/sob	2.80
CALCIO CARBONATO	SOBRE	3 g	1 ENVASE x 1 sobre	5.00
CALCIO CARBONATO	SOBRE	5 g	1 ENVASE x 1 sobre	6.00

CALCIO LACTATO

CALCIO LACTATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
CALCIO LACTATO	SELLO	75 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.80

CODEINA

CODEINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
CODEINA	CAPSULA	40 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.60
CODEINA	CAPSULA	50 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.90
CODEINA FOSFATO	SELLO	60 mg	1 ENVASE x 1 sello	2.10

COENZIMA Q

COENZIMA Q

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
COENZIMA Q	CAPSULA	30 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.90
COENZIMA Q	CAPSULA	60 mg	1 ENVASE x 1 caps	3.20

COBRE SULFATO

COBRE SULFATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
COBRE SULFATO	SOLUCION	0.08 g %	1 ENVASE x 450 ml	16.0 0

ENALAPRIL

ENALAPRIL

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
ENALAPRIL	SELLO	0,40 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.80
ENALAPRIL	CAPSULA	0,50 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.90

ESPIRONOLACTONA

ESPIRONOLACTONA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
ESPIRONOLACTONA	CAPSULA	4 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.90

FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO

FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO	JARABE	(1,44-1,80) g%	1 ENVASE x 600 ml	18.0 0
FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO	JARABE	(1,44-1,80)g%	1 ENVASE x 1500 ml	24.0 0

FOSFATO MONOPOTASICO

FOSFATO MONOPOTASICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
FOSFATO MONOPOTASICO	SELLO	4 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.90

HIDROCLOROTIAZIDA

HIDROCLOROTIAZIDA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
HIDROCLOROTIAZIDA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.90

HIDROXITRIPTOFANO

HIDROXITRIPTOFANO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
HIDROXITRIPTOFANO	SOBRE	500 mg	1 ENVASE x 1 sobre	8.50

HIDROXITRIPTOFANO	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps	8.50
-------------------	---------	--------	-------------------	------

MORFINA CLORHIDRATO

MORFINA CLORHIDRATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEM
	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 250	PRE 25.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,10 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 500	35.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,10 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x	55.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,10 g %	1000 ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 250	35.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,20 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 500	50.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,20 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x	85.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,20 g %	1000 ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 250	45.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,30 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 500	65.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,30 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x	110.
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,30 g %	1000 ml	00
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 500	85.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,40 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 250	60.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,50 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 100	45.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,80 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 250	85.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,80 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 500	140.
MORFINA CLORHIDRATO	ON	0,80 g %	ml	00
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 30	30.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	1,20 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 100	55.0
MORFINA CLORHIDRATO	ON	1,20 g %	ml	0
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 100	110.
MORFINA CLORHIDRATO	ON	3,00 g %	ml	00
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCI		1 ENVASE x 50	110.
MORFINA CLORHIDRATO	ON	6,00 g %	ml	00

MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA

MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEM
MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA	JARABE	(126-40) mg %	1 ENVASE x 500 ml	PRE 55.0
MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA	JARABE	(126-40) mg %	1 ENVASE x 800 ml	80.0
MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA	JARABE	(126-40) mg %	ml	0

OXIMETALONA

OXIMETALONA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
OXIMETALONA	CAPSULA	50 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.00
OXIMETALONA	SELLO	50 mg	1 ENVASE x 1 sello	2.00
OXIMETALONA	CAPSULA	60 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.50
OXIMETALONA	CAPSULA	70 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.80
OXIMETALONA	CAPSULA	100 mg	1 ENVASE x 1 caps	3.30

PANCREATINA

PANCREATINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
PANCREATINA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.80
PANCREATINA	CAPSULA	1 g	1 ENVASE x 1 caps	2.20

PILOCARPINA CLORHIDRATO

PILOCARPINA CLORHIDRATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
PILOCARPINA CLORHIDRATO	CAPSULA	5 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.50

SODIO CLORURO

SODIO CLORURO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
	FARMACEUTICA			
SODIO CLORURO	CAPSULA	200 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.30
SODIO CLORURO	SELLO	17 g	1 ENVASE x 1 sello	1.90

SULFADIAZINA

SULFADIAZINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
------------------	-------	--------------	--------------	------

	FARMACEUTICA			SEM PRE
SULFADIAZINA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.40

VITAMINA B6

VITAMINA B6

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
VITAMINA B6	FARMACEUTICA SELLO	10 mg	1 ENVASE x 1 sello	1.10

ZINC SULFATO

ZINC SULFATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB. SEM PRE
ZINC SULFATO	FARMACEUTICA SUSPENSION	0,10 g%	1 ENVASE x 450 ml	16.0 0
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,20 g%	1 ENVASE x 450 ml	16.0 0
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,30 g%	1 ENVASE x 450 ml	17.0 0
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,40 g%	1 ENVASE x 450 ml	17.0 0
ZINC SULFATO	SELLO	55 mg	1 ENVASE x 1 sello	1.30

ANEXO M**PADRÓN DE PRESTADORES MEDICOS Y ODONTÓLOGOS**

- ✓ **EL ISS-SEMPRE entrega a EL COLEGIO/CAMARA SOPORTE PAPEL Y MAGNETICO** donde consta apellido y nombre, matricula provincial y profesión (medico u odontólogo) de cada profesional adherido.

ANEXO N**PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN**

El pago que efectúe el ISS-SEMPRE según las especificaciones realizadas en la Cláusula NOVENA del presente convenio, no importa la conformidad con la facturación elevada por EL COLEGIO/CAMARA y la dispensación de los medicamentos efectuada por los farmacéuticos integrantes del padrón consolidado, sino que se considerarán siempre y en todos los casos como pagos a cuenta de mayor y/o menor monto final mensual.

La determinación del monto total y definitivo de la facturación mensual que se trate, quedará sometida a la auditoria que con exclusividad efectúe el ISS-SEMPRE dentro de los sesenta días de presentada, quién en caso de encontrar incumplimientos a las normas de cobertura prevista en la Cláusula CUARTA, en las normas de dispensación y presentación de las facturaciones previstas en los Anexos C y E del presente convenio, procederá al débito del monto erróneamente facturado.

Los débitos y/o créditos resultantes de la Auditoria posterior a la presentación de la facturación se efectuarán en los pagos subsiguientes. Los débitos se clasifican en refacturables y no refacturables y su enumeración y detalle se encuentran en el Anexo C.

La realización de débitos identificados en el Anexo C como NO REFACTURABLES implica el no pago de la receta, su anulación y su devolución al prestador cuando se trate de un débito total.

Cuando por los procesos normales de liquidación el ISS-SEMPRE deba retener en forma definitiva una receta que contenga un débito parcial NO REFACTURABLE, deberá permitir la realización del proceso de fotocopiado de la misma con costo a cargo del solicitante, abonando la parte pertinente de la receta no alcanzada por el débito.

La realización de débitos identificados en el Anexo C como REFACTURABLES implica su devolución al profesional prestador con el objeto de salvar la causal del mismo. Estas prestaciones podrán ser reingresadas por única vez y junto con cualquiera de las dos (2) facturaciones siguientes consecutivas, contadas a partir de la fecha de devolución.

Una vez terminada la auditoria y antes de aplicar los débitos que de ella surjan, el ISS-SEMPRE convocará al COLEGIO/CAMARA para que, a través de sus Auditores, verifiquen la procedencia de los mismos.

El ISS-SEMPRE realizará una liquidación correspondiente para formular los débitos de recetas. En la misma deberá especificar el periodo de facturación al que corresponde el débito, la farmacia prestadora, el número interno de la receta rechazada u observada, el importe y el motivo del mismo.

Una vez efectuados los débitos y/o créditos correspondientes al mes que se trate, el ISS-SEMPRE determinará el importe final y definitivo de la prestación mensual, debiendo EL COLEGIO/CAMARA dar conformidad plena y fehaciente a la liquidación efectuada. Esto sin perjuicio de que una vez recibida la liquidación, los farmacéuticos y/o el COLEGIO/CAMARA puedan realizar los reclamos que correspondan dentro los plazos y la modalidad de presentación previstos en la presente.

ANEXO O

LECHES ENTERAS

El ISS-SEMPRE abonará por UNIDAD el VALOR que a continuación se especifica según la PRESENTACIÓN:

- ENVASE X 400 g \$ 5,00 (Precio a PVP. \$ 6,90)
- ENVASE X 800 g \$ 9,75 (Precio a PVP: \$ 14,90)

En forma mensual o cuando las variaciones del mercado lo indiquen, se actualizará el precio de venta al público de las leches enteras (NIDO o equivalente).

ANEXO P

VACUNA ANTIGRIPIAL: CAMPAÑA ANUAL

La/s vacuna/s antigripal/es incluida/s en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 así como las especialidades medicinales no incluidas, cuya aparición se deba a razones epidemiológicas al momento establecido por la norma de vacunación.– Autorizado por el ISS-SEMPRE será abonado según los valores pactados en el Anexo P, el que se conformará durante el mes de Febrero de cada año.

ANEXO Q

PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y MEDICAMENTOS. DIABETES Y MEDICAMENTOS

PATOLOGIAS CRONICAS

Las siguientes PATOLOGIAS CRONICAS estarán identificadas en la CREDENCIAL correspondiente.

A) Enfermedades Cardiovasculares:

- Hipertensión Arterial Esencial (I10)
- Hipertensión Arterial Secundaria (I15)
- Insuficiencia Coronaria (I20)
- Cardiopatía Isquémica (I25)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0)
- Insuficiencia Cardíaca (I50)
- Infarto Agudo de Miocardio (I21)
- Arritmias (I49.9)
- Terapéutica Antiagregante (287.X2)
- Prevención Primaria de la C. Isquémica (272.X)
- Prevención Secundaria de la C. Isquémica (E78)
- Dislipemia (E78)
- Tratamiento Anticoagulante.(287X1)

B) Enfermedades Respiratorias:

- Asma Bronquial (J45)
- Fibrosis Pulmonar (J84.1)

C) Enfermedades Neurológicas:

- Enfermedad de Parkinson (G20)
- Epilepsia (G40)

D) Enfermedades Psiquiátricas:

- Esquizofrenia (F20)
- Psicosis Orgánicas(F29)

E) Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:

- Artritis Reumatoidea (M05)
- Lupus Eritematoso Sistémico (M32)
- Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)
- Gota Crónica (M10)
- Artritis Reumatoidea Juvenil (M08.0)
- Polimiositis (M33.2)
- Dermatomiositis (M33)
- Síndrome de Sjögren (M35)
- Polimialgia Reumática (M35.3)
- Colitis Ulcerosa (K51)
- Enfermedad de Crohn (K50)

F) Enfermedades Oftalmológicas:

- Glaucoma (H40.9)

G) Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:

- Hipertiroidismo (E05)
- Hipotiroidismo (E03.9)
- Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)

Nota: se ha mantenido con la clasificación CIE X utilizada por ISS-SEMPRE y el Código por Clasificación CIE IX y CISAP en los casos que la CIE X no contempla.

MEDICAMENTOS CON COBERTURA 70%
POR MONTO FIJO (MF)
PARA PATOLOGIAS CRONICAS

Los medicamentos que reciben esta cobertura, se ordenan en dos (2) categorías que se detallan a continuación:

A) MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DE ISS-SEMPRE 2005

CODIF. ATC	MEDICAMENTO
A07EC01.A	SULFASALAZINA (SALICILAZOSULFAPIRIDINA)
A07EC02.A	MESALAZINA (CON AUDITORIA PREVIA)
B01AA03.A	WARFARINA SODICA CRISTALINA
B01AA07.A	ACENOCUMAROL
B01AB05.A	ENOXAPARINA (CON AUDITORIA PREVIA)
B01AC06.A	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg y 325 mg
C01AA05.A	DIGOXINA
C01BA01.A	QUINIDINA SULFATO
C01BB02.A	MEXILETINA CLORHIDRATO
C01BC03.A	PROPAFENONA CLORHIDRATO
C01BC04.A	FLECAINIDA ACETATO
C01BD01.A	AMIODARONA CLORHIDRATO
C01DA02.A	NITROGLICERINA
C01DA08.A	DINITRATO DE ISOSORBIDE
C01DA14.A	MONONITRATO DE ISOSORBIDE
C02AB01.A	ALFA METILDOPA
C03AA03.A	HIDROCLOROTIAZIDA
C03AX01.A	HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA CLORHIDRATO
C03BA04.A	CLORTALIDONA
C03CA01.A	FUROSEMIDA
C03CA01.B	FUROSEMIDA DIETILAMINOETANOL
C03DA01.A	ESPIRONOLACTONA
C07AA05.A	PROPRANOLOL CLORHIDRATO
C07AB03.A	ATENOLOL
C07AG02.A	CARVEDILOL
C08CA01.A	AMLODIPINA
C08CA05.A	NIFEDIPINA (forma de liberación controlada)
C08DA01.A	VERAPAMILO
C08DB01.A	DILTIAZEM CLORHIDRATO
C09AA02.A	ENALAPRIL MALEATO
C09CA01.A	LOSARTAN
C10AA01.A	SIMVASTATIN (CON AUDITORIA PREVIA)
C10AA03.A	PRAVASTATIN (CON AUDITORIA PREVIA)
C10AB04.A	GEMFIBROZIL (CON AUDITORIA PREVIA)
C10AC01.A	COLESTIRAMINA (CON AUDITORIA PREVIA)
C10AD02.A	ACIDO NICOTÍNICO (CON AUDITORIA PREVIA)
H03AA01.A	LEVOTIROXINA SODICA
H03AA02.A	L-TRIIODOTIRONINA SODICA (LIOTIRONINA SODICA)
H03BA02.A	PROPILTIOURACILO
H03BB02.A	METIMAZOL
M01CX97.A	CLOROQUINA
M01CX98.A	HIDROXICLOROQUINA SULFATO
M01CX99.A	METOTREXATO
M04AA01.A	ALLOPURINOL
M04AC01.A	COLCHICINA
N03AA02.A	FENOBARBITAL
N03AB02.A	FENITOINA
N03AB02.B	FENITOINA CALCICA
N03AB02.C	FENITOINA SODICA
N03AD01.A	ETOSUXIMIDA
N03AE01.A	CLONAZEPAM
N03AF01.A	CARBAMAZEPINA
N03AG01.A	ACIDO VALPROICO

N03AG01.B	DIVALPROATO DE MAGNESIO
N03AG01.C	DIVALPROATO DE SODIO
N03AX09.A	LAMOTRIGINA
N04AA01.A	TRIHEXIFENIDILO CLORHIDRATO
N04AA02.A	BIPERIDENO CLORHIDRATO
N04BA02.A	LEVODOPA Y BENSERAZIDA
N04BA02.B	LEVODOPA Y CARBIDOPA
N04BB01.A	AMANTADINA
N04BC01.A	BROMOCRIPTINA
N05AA01.A	CLORPROMAZINA
N05AA02.A	LEVOMEPRIMAZINA
N05AB06.A	TRIFLUOPERAZINA
N05AD01.A	HALOPERIDOL
N05AH02.A	CLOZAPINA
N05AN01.A	LITIO CARBONATO
N05AX08.A	RISPERIDONA
R01AC01.A	ACIDO CROMOGLICICO (CROMOGLICATO DISODICO)
R03AC02.A	SALBUTAMOL
R03AC12.A	SALMETEROL
R03BA01.A	BECLOMETASONA DIPROPIONATO
R03BA02.A	BUDESONIDA
R03BB01.A	IPRATROPIO BROMURO
R03CC02.A	SALBUTAMOL
R03DA04.A	TEOFILINA ANHIDRA
S01EB01.A	PILOCARPINA CLORHIDRATO
S01EB01.B	PILOCARPINA NITRATO
S01EC03.A	DORZOLAMIDA
S01ED01.A	TIMOLOL
S01ED01.B	TIMOLOL MALEATO

B) MEDICAMENTOS DE EXCEPCION PARA PATOLOGIAS CRONICAS AL 70 % (MF) –

ANEXO DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

CLASIF. ATC	MEDICAMENTO
B01AB06.A	NADROPARINA (CON AUDITORIA PREVIA)
B01AC04.A	CLOPIDOGREL (CON AUDITORIA PREVIA)
C03BA11.A	INDAPAMIDA
C07AB02.A	METOPROLOL
C09AA01.A	CAPTOPRIL
C10AA05.A	ATORVASTATIN (CON AUDITORIA PREVIA)
C10AB02.A	BEZAFIBRATO (CON AUDITORIA PREVIA)
L04AA99.A	LEFLUNOMIDA
M04AB03.A	BENZOBROMARONA
N03AF02.A	OXCARBAMACEPINA (CON AUDITORIA PREVIA)
N03AG04.A	VIGABATRIM (CON AUDITORIA PREVIA)
N03AX11.A	TOPIRAMATO (CON AUDITORIA PREVIA)
N03AX12.A	GABAPENTINA (CON AUDITORIA PREVIA)
N04BC02.A	PERGOLIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
N04BC05.A	PRAMIPEXOL (CON AUDITORIA PREVIA)
N04BX02.A	ENTOCAPONA (CON AUDITORIA PREVIA)
N05AH03.A	OLANZAPINA (CON AUDITORIA PREVIA)
N05AD06.A	BROMPERIDOL
N05AG02.A	PIMOZIDA
R03AC03.A	TERBUTALINA
R03AC13.A	FORMOTEROL
R03AK06.A	SALMETEROL + FLUTICASONA
R03BA05.A	FLUTICASONA

R03DC03.A MONTELUKAST (CON AUDITORIA PREVIA)
 S01ED02.A BETAXOLOL
 S01ED05.A BRIMONIDINA S01EA05.A
 S01EX03.A LATANOPROST (CON AUDITORIA PREVIA)

DIABETES MELLITUS - PLAN B2 -

Se especifican a continuación los medicamentos destinados al PLAN B2 (DIABETES MELLITUS) con los siguientes CODIGOS

- Diabetes Mellitus Insulinodependiente o Diabetes Tipo I (E10)
- DBT Tipo I (E10)
- Diabetes Mellitus No Insulinodependiente o Diabetes Tipo II (E11)
- DBT Tipo II (E11)
- Diabetes Insulinorequiriente (Tipo II) (E11.X)
- Insulinoresistencia (E10.X)

A) MEDICAMENTOS Y TIRAS REACTIVAS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DE ISS-SEMPRE- COBERTURA 100%- PLAN B2.2

CODIF. ATC	MEDICAMENTO
A10AB01.A	INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB02.A	INSULINA BOVINA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB03.A	INSULINA PORCINA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB04.A	INSULINA LISPRO (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC01.A	INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC02.A	INSULINA BOVINA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC03.A	INSULINA PORCINA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE01.A	INSULINA HUMANA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE02.A	INSULINA BOVINA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE03.A	INSULINA PORCINA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BA02.A	METFORMINA CLORHIDRATO (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BB01.A	GLIBENCLAMIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BB07.A	GLIPIZIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
V07AD97.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA CETONURIA (CON AUDITORIA PREVIA)
V07AD98A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCEMIA (CON AUDITORIA PREVIA)
V07AD99.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCOSURIA (CON AUDITORIA PREVIA)

B) MEDICAMENTOS DE EXCEPCION AL 70 % POR MONTO FIJO - ANEXO DE ALTERNATIVAS – PLAN B2.5-

CLASIF. ATC	MEDICAMENTO
A10BB12.A	GLIMEPIRIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BF01.A	ACARBOSA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BX02.A	REPAGLINIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10BX03.A	NATEGLINIDA (CON AUDITORIA PREVIA)

TODOS LOS AFILIADOS QUE PRESENTEN UN CARNET DE CRONICOS Y/O DE DIABETICO DEBERAN PRESENTAR SUS PRESCRIPCIONES EN RECETARIO CELESTE EMITIDO POR ISS-SEMPRE.

EL ISS-SEMPRE PODRA AUTORIZAR EN RECETARIO COLOR BLANCO ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN ESTE ANEXO PARA AFILIADOS NO EMPADRONADOS COMO CRONICOS PARA LO QUE DEBERA CONTAR CON LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE.

ANEXO II

ACTA COMPLEMENTARIA DEL CONVENIO

ISS-SEMPRE - CAMARA/COLEGIO

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS AMBULATORIAS

PARA BONOS CONSULTA – RECETAS Y

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DE INTERNACION

Entre el INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA para su SERVICIO MEDICO PREVISIONAL, en adelante ISS-SEMPRE, representado en este acto por el Presidente del Directorio Cr. Miguel Antonio TAVELLA, L.E. N° 6.658.660 por una parte; y por la otra LA CAMARA/COLEGIO, asociación civil sin fines de lucro registrado con la matrícula n° ... en la Dirección General de Superintendencia de Personas Jurídicas y Registro Público de Comercio de la Provincia de La Pampa, representado en este acto por ... en adelante LA CAMARA/COLEGIO, celebran el presente convenio de prestación de servicios farmacéuticos destinados a afiliados INTERNADOS con cargo al SEMPRE en los prestadores de la obra social públicos y/o privados del segundo nivel de la atención y venta de bonos consulta, entrega de recetas, expendio y rendición, sujeto a las cláusulas que a continuación se exponen y los principios que orientan la voluntad de las partes, siendo el presente complementario del Convenio de Prestaciones Farmacéutica Ambulatorias:

PRIMERA: BONOS CONSULTA Y RECETAS: El ISS-SEMPRE entregará a LA CAMARA/COLEGIO, talonarios de bonos para "consulta médica a domicilio" por cinco (5) bonos, y talonarios de bonos "consulta médica a consultorio" por cincuenta (50) bonos, que este distribuirá, con costo a su cargo, a las farmacias asociadas, las que a su vez EXPENDERAN los mismos a los afiliados del SEMPRE a un costo definido por la obra social, y que inicialmente será de \$ 5.00 y \$ 4.00 por unidad respectivamente. El ISS – SEMPRE, también entregará a LA CAMARA/COLEGIO, con el mismo destino, una RECETA BLANCA, que acompañará a cada bono de consulta.

SEGUNDA: EXPENDIO Y RENDICION Las farmacias cuando EXPENDAN un bono de consulta, le adjuntarán al mismo la RECETA BLANCA correspondiente, colocando la fecha en el campo "FECHA DE EMISION" de la receta y el NUMERO DE RECETA en el talón de rendición correspondiente, al bono vendido.

La rendición de los talones correspondientes a los bonos expendidos en un periodo mensual, se realizará conjuntamente con la presentación de la facturación de recetas pertenecientes al mismo periodo del CONVENIO DE PRESTACIONES FARMACEUTICAS AMBULATORIAS oportunamente suscripto por las partes

El ISS-SEMPRE descontará el valor de los bonos rendidos del pago de las prestaciones farmacéuticas efectuadas por cada prestador.

Entrega en soporte magnético con grabación de número de bono consulta, FARMACIA, código farmacia y tipo de bono.

TERCERA: PLAN INTERNACIÓN: LA CAMARA/COLEGIO a través de sus prestadores farmacéuticos dispensará los medicamentos con cobertura 100% a cargo del SEMPRE sin pago adicional de parte del afiliado, destinado a pacientes internados. El farmacéutico dispensará cualquier especialidad medicinal que se corresponda con el nombre genérico, forma farmacéutica, concentración y cantidad prescrita en el recetario de INTERNACION

CUARTA: MEDICAMENTOS DE INTERNACION Los medicamentos destinados a la internación que podrán ser facturados con cargo al SEMPRE por las farmacias prestadoras son los incluidos en el Formulario Terapéutico SEMPRE 2003.-

QUINTA: PRESENTACION Y PAGO: El ISS-SEMPRE abonará, a través de LA CAMARA/COLEGIO Farmacéutico de La Pampa, a la farmacia adherida al sistema por los medicamentos y materiales contemplados en las cláusulas precedentes, según el siguiente detalle:

- **El Plan Internación:** Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias adheridas **realizarán una bonificación**, a favor del ISS-SEMPRE para estos planes **del 20 % (veinte por ciento)**. La misma se descontará del importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE.

La facturación será mensual y el pago se realizará a las SETENTA Y DOS (72) horas hábiles de ingresada la misma.

La presentación se realizará en soporte magnético de conformidad a las pautas establecidas en el Convenio de Prestaciones Ambulatorias.-

SEXTA: Ante cualquier contingencia negativa para alguna de las partes que resulte de la ejecución del Convenio de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias o del presente, las mismas se comprometen a reunirse a fin de encontrar una rápida solución que permita el normal desarrollo del convenio.

SEPTIMA: El ISS-SEMPRE entregará a LA CAMARA/COLEGIO en soporte informático todos los códigos ATC, números. de troquel y códigos Alfa Beta correspondientes a los Anexos del Convenio de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias que por su contenido lo requieran.

OCTAVA: para todo lo no contemplado en el presente se tomará lo dispuesto en el Convenio de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en Santa Rosa, capital de la Provincia de La Pampa, a losdías del mes de dos mil cinco.-

C.P.N. Miguel Antonio TAVELLA
Presidente

C.P.N. Jorge Horacio PAYERAS
Vicepresidente

Carlos Alberto RODRIGO
Vocal

Daniel Segundo PINEDA
Vocal

Elsie Ethel RODRIGUEZ
Vocal

Dr. Rubén Francisco MENDOZA
Vocal

Blanca Lidia CHALER
Vocal

Dr. Armando Raúl INCHAURRAGA
Vocal

Dora Beatriz ROSSI
Vocal

Subsecretaría de Medios de Comunicación
GUSTAVO FERNANDEZ MENDIA
Subsecretario

CARLOS RAUL GONZALEZ
Director de Prensa
Departamento Imprenta y Boletín Oficial

